Division de la planification et de l'évaluation

Nouveau Brunswick

Santé et Services
communautaires

(PAE) 96-12

Centre de santé communautaire de McAdam

Projet pilote

Rapport d'évaluation

Carole R. Dilworth, MSc[1]
Shannon Sanford, MA[1]

en collaboration avec

Barbara Smith, i.i., B. Sc. Inf.[2]
Beverly Greene, i.i., M. Sc. Inf.[2]

Conseiller externe : Raymond W. Pong, PhD[3]

[1] Division de la planification et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick
Fredericton (N.-B.)

[2] Corporation hospitalière de la Région 3
Fredericton (N.-B.)

[3] Unité des ressources humaines en santé
Université Laurentienne
Sudbury (Ontario)

1996

On peut se procurer d'autres exemplaires à l'adresse suivante :

Unité de l'analyse et de l'évaluation des programmes
Division de la planification et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Tél. (506) 453-2793
Téléc. (506) 444-4697

Il est permis de reproduire ce document pour usage non commercial à des fins d'éducation ou de de planification.
Il faut toutefois citer la source.

Publié par
L'Unité de l'analyse et de l'évaluation des programmes
Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick

Septembre 1996

ISBN: 1-55137-903-1

REMERCIEMENTS

Les études d'évaluation ont besoin de la coopération et de la collaboration de nombreuses personnes pour que le produit final soit crédible et utile. Tout au long de la présente évaluation—depuis l'élaboration du cadre initial à la collecte d'une foule de données, en passant par la production d'un rapport provisoire et maintenant de l'étude définitive, le savoir-faire de chacun s'est avéré à la fois essentiel et précieux. Les personnes qui ont siégé aux différents comités d'évaluation ou qui ont agi comme personne-ressource auprès des comités sont nommées à **l'annexe A** du présent rapport. Leur apport à toutes a été important, mais nous tenons à en nommer ici quelques-unes pour les remercier de façon particulière.

Nous commençons par remercier l'AIINB et la Société médicale du Nouveau-Brunswick pour leurs réflexions sur le cadre d'évaluation et leurs suggestions utiles. De plus, Penny Short et Mary Shields nous ont fourni des renseignements qui ont contribué à l'élaboration du cadre.

Plusieurs personnes ont été d'une utilité toute spéciale en aidant l'équipe de l'évaluation tout au long du projet à accéder à de l'information et à valider son interprétation. C'est dans ce contexte que nous tenons à remercier Shirley Baisley-Moffatt, infirmière-chef au centre de santé communautaire de McAdam, qui a joué le rôle de personne-ressource principale au centre. M^{me} Baisley-Moffatt ainsi que le D^{r} Lam, le D^{r} Olmstead, Myrna Robinson, le personnel infirmier et le personnel de bureau ont été d'une aide précieuse pour nos évaluateurs.

Nous remercions le rév. William (Bill) MacLeod qui, aidé de Carol Rankine, a apporté une aide indispensable en animant les groupes de réflexion et en menant les entrevues avec les personnes-ressources de McAdam. Nous apprécions également l'aide de tous les participants—tant les professionnels que les membres du public—qui ont pris le temps de faire part à Bill de leurs opinions et de leurs perceptions relatives à la prestation des services de santé par le CSC dans leur région.

David Higgins et Betty Nesbitt nous ont aidés en nous fournissant les données de l'urgence du Charlotte County Hospital, grâce auxquelles nous avons pu juger de l'étendue de l'utilisation des autres services d'urgence par des résidents de la zone desservie par le CSC de McAdam.

Jill Ritchie a adapté les programmes informatiques de Meditech pour nous permettre de répondre à des questions précises concernant l'utilisation des services, surtout au DECH.

Enfin, nous tenons à remercier Gail Dennison, du ministère de la Santé et des Services communautaires, et Robert Crowther, de l'Université du Nouveau-Brunswick, qui ont relu et commenté des sections des versions préliminaires des rapports.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS i

LISTE DES TABLEAUX v

LISTE DES FIGURES vi

LISTE DES ACRONYMES vii

GLOSSAIRE viii

SOMMAIRE xi

INTRODUCTION 1

Partie 1.0 PROCESSUS D'ÉVALUATION 4
- 1.1 Comités du processus d'évaluation 4
- 1.2 Raison d'être et portée 4
- 1.3 Buts du projet et cadre d'évaluation 4
- 1.4 Limites de l'étude 5

Partie 2.0 DESCRIPTION 6
- 2.1 Lieu du projet pilote 6
- 2.2 Le modèle conceptuel 6
- 2.3 Mécanismes habilitants de la « pratique complémentaire » 11
- 2.4 Caractéristiques particulières du modèle 12
- 2.5 L'application du modèle 14
- 2.6 Dotation en personnel du CSC 14

Partie 3.0 COLLECTE DES DONNÉES ET MÉTHODE D'ANALYSE 17
- 3.1 Données d'utilisation (autres que les dépenses) 17
- 3.2 Enquête sur le recours aux services d'urgence 17
- 3.3 Vérification des dossiers médicaux 17
- 3.4 Exemples de cas 18
- 3.5 Programmation communautaire 19
- 3.6 Consultation des personnes-ressources et de la population 19
- 3.7 Enquête téléphonique 20
- 3.8 Consultation auprès d'autres dispensateurs de soins de santé 20
- 3.9 Dépenses 20

Partie 4.0 CONSTATATIONS 21
- 4.1 Évolution du modèle 21
- 4.2 Utilisation des services de soins primaires (Voir la figure 1, modules 2 et 3) 23

4.3 La « pratique complémentaire » (Voir la figure 1, module 2) 38
4.4 Élaboration et prestation de programmes communautaires (Voir la figure 1, module 1) 42
4.5 Formation du personnel 46
4.6 Degré de satisfaction 47
4.7 Dépenses 51

Partie 5.0 SOMMAIRE ET CONCLUSIONS 60

Partie 6.0 RECOMMANDATIONS 62

Partie 7.0 OUVRAGES CITÉS 64

Annexe A PARTICIPANTS 67

Annexe B PLAN MINISTÉRIEL 70

Annexe C MANDAT DU COMITÉ DE TRAVAIL DE L'ÉVALUATION 71

Annexe D BUTS DU PROJET ET CADRE D'ÉVALUATION 72

Annexe E PROTOCOLES DE PRATIQUE 73

Annexe F OUTILS DE VÉRIFICATION DES DOSSIERS MÉDICAUX 74

Annexe G PARTICIPANTS AUX GROUPES DE RÉFLEXION 75

Annexe H RAPPORT DU CONSULTANT : *CONSULTATIONS DES PERSONNES-RESSOURCES ET DE LA POPULATION* 76

Annexe I RAPPORT DU CONSULTANT : *ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE* 77

Annexe J CONSULTATION AUPRÈS DES AUTRES DISPENSATEURS DE SERVICES DE SANTÉ 78

Annexe K LETTRES D'APPUI 79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Personnel du CSC de McAdam exprimé en ETP	16
Tableau 2.	Centre de santé communautaire de McAdam — Évolution du modèle	22
Tableau 3.	Profil des clients en clinique externe au CSC de McAdam, avril 1995 –mars 1996	25
Tableau 4.	Consultations liées à l'hypertension et au diabète, oct. 1995 – mars 1996	26
Tableau 5.	Admissions aux lits d'observation du CSC, avril 1995 – mars 1996	28
Tableau 6.	Durée du séjour pour les admissions d'observation au CSC, avril 1995 – mars 1996	29
Tableau 7.	Conditions de départ pour les admissions d'observation au CSC, avril 1995 – mars 1996	29
Tableau 8.	Consultations à l'urgence du CSC de McAdam, avril 1995 – mars 1996	30
Tableau 9.	Consultations à l'urgence du CSC de McAdam selon les conditions de départ, avril 1995 – mars 1996	31
Tableau 10.	Consultations à l'urgence du DECH et du CCH par les résidents de McAdam.	32
Tableau 11.	Motifs fournis par les résidents de McAdam pour leur recours aux services d'urgence extérieurs (enquête sur l'utilisation des services d'urgence)	33
Tableau 12.	Résidents de McAdam hospitalisés au DECH et au CCH, avril 1994 – mars 1996	34
Tableau 13A.	Comparaison de tous les services médicaux dispensés aux résidents de McAdam de 1991–1992 à 1995–1996	35
Tableau 13B.	Comparaison des services médicaux dispensés à la population du N.-B. de 1991–1992 à 1995–1996	36
Tableau 14.	Services dispensés aux résidents de McAdam par des médecins* de l'extérieur	37
Tableau 15.	Données de la vérification des dossiers : indications de « pratique complémentaire»	41
Tableau 16.	Résumé des programmes de 1995–1996.	44
Tableau 17.	Échantillon des possibilités de formation pour le personnel du CSC	48
Tableau 18.	Dépenses réelles pour les résidents de McAdam	52
Tableau 19.	Comparaison des dépenses (dollars de 1991) pour les résidents de McAdam, 1991–1992 et 1995–1996	54
Tableau 20.	Analyse comparative : services dispensés par rapport aux frais liés aux médecins	55
Tableau 21.	Comparaison des services et des paiements d'ambulance (en dollars de 1991) de 1991–1992 et 1995–1996	56
Tableau 22A.	Coût des hospitalisations de McAdam au DECH et au CCH, de 1991–1992 à 1995–1996	57
Tableau 22B.	Variation annuelle moyenne en pourcentage dans le total des jours d'hospitalisation, 1991–1996	58
Tableau 23.	Comparaison du total des coûts en dollars constants de 1991 entre 1991–1992 et 1995–1996.	59

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle conceptuel du CSC de McAdam 8
Figure 2. Modèle de la pratique complémentaire au CSC de McAdam. 10
Figure 3. Modèle de travail du CSC de McAdam 15
Figure 4. Consultations mensuelles en clinique externe, 1995–1996 26
Figure 5. Consultations mensuelles à l'urgence du CSC, avril 1995–mars 1996 31
Figure 6. Comparaison des services médicaux aux résidents de McAdam de 1991–1992 à 1995–1996 37

LISTE DES ACRONYMES

AIINB	Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
CCH	Charlotte County Hospital
CLSC	Centres locaux de services communautaires, au Québec
CSC	Centre de santé communautaire
CSM	Commission de la santé mentale
DECH	Hôpital Dr Everett Chalmers
ECG	Électrocardiogramme
ETP	Équivalent à temps plein
FSSC	Division de la famille et des services sociaux communautaires
HEM	Hôpital extra-mural
HMS	Health Management Services
ICS	Infirmière clinicienne spécialisée
i.i.	Infirmière immatriculée
MMH	MacLean Memorial Hospital
MSSC	Ministère de la Santé et des Services communautaires
N.-B.	Nouveau-Brunswick
PDG	Président directeur général
PEM	Programme extra-mural
PEU	Point d'entrée unique
SSRC	Soins spécialisés en réanimation cardiaque

GLOSSAIRE

Affectation exclusive du personnel
Personnel affecté en permanence à un endroit unique. Au CSC, le personnel infirmier a pu choisir une affectation exclusive au foyer de soins ou au CSC.

Approche interdisciplinaire
Combinaison de professionnels de la santé et des services sociaux de différentes professions qui fonctionnent comme un collectif. Les membres de l'équipe interagissent et partagent des objectifs communs, collaborent entre eux et travaillent de façon autonome. Le client est un membre à part entière de l'équipe.

Client
Consommateur de soins de santé.

Dollars constants
Valeur des dollars mesurés en fonction de leur pouvoir d'achat de biens et services pour une année donnée. Par exemple, la conversion des dollars de 1995 en dollars de 1991 montre la valeur qu'auraient eue des dollars de 1995 en 1991.

Données qualitatives
Information qui découle d'observations subjectives et qui exige du chercheur qu'il interprète la signification des mots, des opinions, des actions, des expériences décrites dans le contexte où elles se produisent. On parle également d'herméneutique. Les données qualitatives peuvent provenir d'entrevues, de groupes de réflexion, de questionnaires ou d'observations faites en milieu naturel.

Données quantitatives
Information obtenue au moyen d'une méthode numérique. Contrairement aux données qualitatives, les données quantitatives peuvent faire l'objet d'une analyse statistique et à faire des prédictions.

Équivalent à temps plein
Un ETP consiste en 1 957,50 heures de travail par année.

Établissement
Employé dans le contexte de la prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick, un établissement peut désigner un hôpital, un centre de services de santé, un centre de santé communautaire ou un foyer de soins.

État de santé
État de santé d'une population mesuré en fonction de variables comme la morbidité et la mortalité.

Examen des besoins
Méthode selon laquelle un organisme détermine avec exactitude les besoins de ses membres. Dans le contexte du CSC, cette détermination consiste à évaluer les besoins des résidents de la région en matière de santé.

Groupe de réflexion
Méthode de recherche qui permet de sonder les participants à un groupe pour obtenir leurs opinions sur des questions précises.

Hôpital extra-mural
Hôpital « sans murs » qui fournit aux patients des services à domicile par l'entremise de 14 unités de prestation de services et de bureaux régionaux un peu partout dans la province.

Indice des prix à la consommation
Indice qui mesure le changement survenu dans le niveau général des prix. On parle parfois de l'indice du coût de la vie.

Infirmière clinicienne spécialisée
Infirmière titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières avec spécialisation, qui assume les sous-rôles de praticien, d'éducateur, de chercheur et de consultant, et qui agit comme agent de changement.

McAdam Community Health Centre Interim Evaluation Report
Rapport d'évaluation provisoire publié en juin 1995 qui contient les résultats du projet du CSC de McAdam durant les six premiers mois de fonctionnement, soit de juillet à décembre 1994.

Médecin suppléant
Médecin qui est lié, par numéro de facturation, à un médecin qu'il ou elle remplace pendant au moins trois jours de suite par session de remplacement. Un suppléant peut travailler durant une année complète, mais il ne peut remplacer un seul médecin durant plus de 183 jours de suite au cours d'une période de 12 mois.

Meditech
Système informatique utilisé dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick pour saisir les renseignements sur les patients et les données d'utilisation des services.

Outil
Instrument qui sert à recueillir des données, par exemple un questionnaire. Des outils visant à évaluer la conformité aux protocoles de pratique ont été mis au point à partir d'une vérification des dossiers médicaux.

Personnes-ressources
Résidents et dispensateurs de soins de santé de la collectivité qui sont familiers avec le CSC et qui peuvent, par conséquent, donner leur opinion sur diverses questions liées au CSC.

Regroupement des services
Regroupement des dispensateurs de soins de santé sous un même toit.

Rémunération à l'acte
Méthode de rémunération selon laquelle les médecins sont payés selon un cahier des tarifs préétabli pour chaque service médical dispensé à un client.

Résident de la région
Personne dont le code postal de son domicile permanent est E0H 1K0.

Rémunération à vacation
Tarif horaire préétabli payé aux médecins qui travaillent à l'urgence.

Zone desservie
Région géographique entourant un hôpital et dans les limites de laquelle les résidents reçoivent des services de santé. La zone desservie par l'ancien hôpital de McAdam s'étendait sur un rayon de 40 km.

SOMMAIRE

Introduction

En 1992, le ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick (MSSC) annonçait la première des deux étapes d'une rationalisation et d'une réforme globales de ses systèmes de prestation de services de santé et de services sociaux. A cette occasion, le ministère a fait part de son intention d'élaborer et de mettre à l'essai un modèle de soins de santé primaires dispensés par un centre de santé communautaire établi dans une région rurale du Nouveau-Brunswick. Le modèle prévoyait la prestation de soins communautaires au moyen de services ambulatoires, de consultations externes et de services en milieu communautaire, et il devait refléter les valeurs et les objectifs décrits dans le plan ministériel du ministère. En conséquence, le modèle devait favoriser un accès équitable et facile au système des soins de santé, être abordable dans le contexte des restrictions financières, démontrer une utilisation efficace des ressources humaines, et avoir comme fondement le partage des responsabilités et l'établissement de partenariats dans le cadre des services de santé offerts. On a choisi comme lieu d'essai du projet pilote de deux ans la localité de McAdam, située dans les limites géographiques de la corporation hospitalière de la Région 3 et à 100 km de Fredericton, le centre urbain d'importance le plus proche. La planification prévoyait deux évaluations en cours de projet : l'une au bout de six mois de fonctionnement, l'autre après 18 mois.

1.0 Le modèle

Le modèle mis au point pour McAdam comprend la prestation de *soins de santé primaires* et la prestation de *soins primaires*. Sous la composante des soins de santé primaires, des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies sont déterminées et des programmes sont mis en oeuvre en collaboration avec la collectivité ainsi qu'avec les dispensateurs de services de santé et de services sociaux d'autres organismes de la région. Un comité intersectoriel, appelé Comité d'action interdisciplinaire, est le mécanisme de coordination de ces activités. La programmation communautaire et les activités éducatives sont organisées par les professionnels de la santé du Centre de santé communautaire (CSC), avec l'aide d'une infirmière clinicienne spécialisée affectée au projet.

Les soins primaires s'insèrent dans la composante des soins de soutien, des soins en réadaptation et des soins curatifs. Cette composante comprend également les consultations en clinique auprès de professionnels de la santé au CSC et les consultations à l'urgence. L'urgence est accessible jour et nuit; un médecin y est soit sur place, soit en appel 24 heures sur 24, et une infirmière est sur place en permanence. On a élaboré des protocoles de pratique qui ont reçu l'approbation du comité médical consultatif de la corporation hospitalière de la région 3 afin de guider le modèle de la pratique complémentaire pour les consultations en clinique et pour l'urgence. L'équipe de la « pratique complémentaire », ainsi qu'elle est désignée, se compose des professionnels

suivants : médecins, infirmières, une physiothérapeute, une diététiste et une pharmacienne. Pour les consultations en clinique, des protocoles sont en vigueur pour traiter et gérer l'hypertension et le diabète et, plus récemment, l'asthme infantile. Six protocoles de « pratique complémentaire » sont en vigueur à l'urgence; ces protocoles permettent aux infirmières de s'occuper de l'évaluation, du traitement et du congé de clients qui présentent les affections précisées dans ces protocoles. Sinon, toutes les procédures d'urgence sont effectuées sous la surveillance d'un médecin.

Essentiellement, les caractéristiques uniques de cette composante sont entre autres le rôle élargi de l'infirmière, qui fait le triage des clients à leur arrivée au CSC et qui, guidée par les protocoles et les lignes directrices approuvées en matière de « pratique complémentaire », dirige les clients vers les membres appropriés d'une équipe interdisciplinaire formée de professionnels de la santé. Le regroupement des professions au Centre, la tenue de dossiers médicaux communs et la gestion de cas sont d'autres caractéristiques de cette forme de pratique collective.

Quatre lits d'observations, où la durée maximale du séjour est de 48 heures, complètent le modèle. Les infirmières peuvent autoriser l'admission de patients à ces lits. dont l'un peut servir de lit de soins palliatifs, au besoin.

2.0 Étendue et limites de l'évaluation

La présente évaluation est la deuxième étape d'un processus en deux étapes. Elle décrit le degré de succès quant à la réalisation des buts définis à l'origine pour le projet. L'étude d'évaluation couvre une période globale de 21 mois depuis la date de l'ouverture officielle du CSC, en juin 1994. L'interprétation des résultats exige une certaine prudence en raison de la période relativement brève qui s'est écoulée depuis sa mise en oeuvre. Il faut aussi tenir compte des points qui suivent :

- Les buts élaborés au début du projet ne portaient pas sur la question de savoir si des changements étaient attendus dans l'état de santé de la population visée. Par conséquent, la présente étude n'enquête *pas* sur les changements qui ont pu se produire dans l'état de santé de la population servie par le CSC. De plus, elle ne permet pas de savoir si la population ou les individus ont adopté des habitudes de vie plus saines. Il faudrait mettre au point une étude particulière pour répondre à cette question.

- Il ne s'agit pas d'une étude comparative, puisqu'il n'y a aucune collectivité ni CSC avec lesquels comparer les changements survenus. Par conséquent, l'interprétation des conclusions du présent rapport reste prudente quant à l'établissement de causalités.

- Ce n'est que lors de la deuxième année qu'on a pu mettre en place d'importants morceaux du modèle, notamment les protocoles de pratique approuvés pour les consultations en clinique, une coordonnatrice de projet qui consacre une portion de son temps à des activités de perfectionnement, une infirmière clinicienne spécialisée qui s'occupe de la programmation communautaire, et une stratégie de promotion pour faire connaître les programmes et encourager leur utilisation. En conséquence, le projet ne fait vraiment que commencer à fonctionner pleinement.

- Le système de collecte de données automatisé *Meditech* est entré en service seulement au cours de la dernière moitié de la deuxième année du projet. Dans le cadre de ce système, les définitions des données sont devenues plus précises et plus uniformisées. Il s'ensuit que les comparaisons entre les données utilisées dans la présente étude et les données ayant servi au rapport d'évaluation provisoire produit au bout de six mois, qui était fondé sur des données recueillies à la main et moins uniformisées, sont limitées.

- Plusieurs types de données n'étaient pas disponibles pour la présente étude, notamment celles relatives aux prix de journée pour 1995–1996, le recours aux services d'urgence des hôpitaux de la région par les résidents de McAdam et les données ventilées de l'HEM pour la seule zone desservie par le CSC de McAdam.

- Étant donné que la corporation hospitalière de la Région 3 a mis en oeuvre des initiatives visant la réduction des coûts durant le déroulement du projet, l'analyse des coûts de la présente étude ne cherche pas à imputer les économies réalisées à la présence du CSC.

3.0 Collecte des données et méthode d'analyse

Bien que les données quantitatives soient souvent perçues comme idéales et qu'on leur accorde la préférence dans les recherches, leur organisation structurée ne permet pas toujours de mettre au jour les effets secondaires imprévus et importants qui se produisent dans le cadre des programmes, ce qui est particulièrement vrai des programmes multidimensionnels dont les services sont variés mais intégrés, comme celui du projet de McAdam. Par conséquent, pour répondre aux questions de l'évaluation, on a recueilli et intégré des données quantitatives et des données qualitatives.

Les données proviennent des sources suivantes : des entrevues avec des personnes-ressources et des consultations auprès de la population, une enquête téléphonique, les dossiers administratifs sur les statistiques d'utilisation, les statistiques et les dépenses relatives aux programmes; des enquêtes sur l'utilisation de l'urgence, et une vérification des dossiers médicaux. Cette dernière visait à évaluer la conformité aux protocoles de la « pratique complémentaire », et non la qualité de la pratique. On a totalisé et décrit les données et, le cas échéant, on a employé des statistiques descriptives et inférentielles.

4.0 Constatations

4.1 Évolution du modèle

- Bien que le projet ait connu des difficultés de croissance au cours des deux années, il est en voie de devenir un modèle fonctionnel ordonné de prestation de soins de santé dans la région. Parmi les défis à relever pour que le projet réussisse : i) acquérir une compréhension du concept de la pratique collective ou complémentaire, ii) développer une certaine aisance à travailler dans un cadre de « pratique complémentaire », iii) élaborer et faire approuver des protocoles de « pratique complémentaire » (importants pour guider la pratique par les membres de

l'équipe interdisciplinaire de dispensateurs de soins de santé), iv) mettre au point, dans les débuts du projet, une stratégie de communication et de promotion visant les résidents de la région, et v) procéder à l'affectation exclusive de personnel au projet, soit des infirmières, une coordonnatrice de projet et une infirmière clinicienne spécialisée.

4.2 Utilisation des services de soins primaires (Voir figure 1, modules 2 et 3)

- En 1995-1996, en moyenne, il y a eu 793 consultations en clinique par mois. Ce chiffre ne présente pas de variations saisonnières. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à recourir aux services (68 p. 100 contre 56 p. 100), et la plupart des bénéficiaires sont âgés de plus de 25 ans (73 p. 100). Des deux affections couvertes par les protocoles de « pratique complémentaire », l'hypertension est la plus courante (164 clients contre 61 clients pour le diabète), mais le diabète donne lieu à plus de consultations de suivi (10,8), la moyenne pour l'hypertension étant de 3,4.

- Sur les 225 clients qui ont vu l'un des médecins, 34 p. 100 ont consulté le médecin à nouveau dans les six mois, tandis que 66 p. 100 ont vu l'infirmière pour un suivi. Dans le contexte de la « pratique complémentaire », ces résultats indiquent qu'il y a effectivement un aiguillage entre professionnels.

- Au cours de la période de 12 mois, il y a eu 135 admissions aux lits d'observation. Plus de la moitié (53 p. 100) des admissions sont classées dans la catégorie des symptômes, signes physiques et troubles mal définis. Deux tiers des clients admis ont obtenu leur congé dans les 48 heures, la période maximale. Un tiers ont dépassé cette période, dont 20 p. 100 sont restés plus de 72 heures. Ces derniers cas étaient des patients en phase terminale. Près des trois quarts (73 p. 100) des clients des lits d'observation sont rentrés chez eux à l'obtention de leur congé.

- Il y a eu en moyenne 79 consultations par mois à l'urgence. Un peu plus de la moitié des consultations (51,8 p. 100) sont classées comme non urgentes. La majorité (69,1 p. 100) des clients sont retournés chez eux à l'obtention de leur congé, et un peu plus de 14 p. 100 ont été envoyés à d'autres établissements hospitaliers.

- Il est signalé dans le rapport d'évaluation provisoire sur le CSC de McAdam que, en 1994–1995, les résidents de la région s'étaient rendus plus souvent, comparativement à l'année précédente, à l'urgence du CCH à St. Stephen et, à un degré moindre, au DECH à Fredericton. Au bout de 18 mois de fonctionnement du CSC, le taux avait baissé. Une enquête de trois mois sur l'utilisation de l'urgence du CCH a révélé qu'au moins 25 p. 100 des consultations à l'urgence s'expliquaient par la présence du médecin de famille à cet hôpital. La même enquête, menée durant deux mois au DECH, a montré que la principale raison pour laquelle les résidents de McAdam se rendaient à l'urgence était qu'ils y étaient envoyés de McAdam. Dans une moindre mesure, 27,7 p. 100 des répondants ont indiqué qu'ils se rendaient au DECH parce qu'il n'y avait pas de médecin à McAdam. Ce motif n'est pas invoqué souvent pour le CCH. L'expression « pas de médecin » peut vouloir dire ici que le client savait peut-être que le médecin était sur appel plutôt que sur place. Comme aucune donnée pour la période antérieure au CSC n'était disponible sur les raisons pour lesquelles les résidents avaient recours à d'autres

services d'urgence, il n'a pas été possible d'établir si la transition à un CSC a influé sur la décision de se rendre au DECH ou au CCH.

- Le nombre de services médicaux, *à l'exclusion* des services fournis aux services d'urgence du CCH et du DECH, a baissé de 43,5 p. 100 de 1991–1992 à 1995–1996. Comme l'hôpital de 13 lits était fermé à McAdam, il était normal de s'attendre à une baisse de services. Cependant, l'examen des données d'utilisation pour les années suivant la fermeture des lits montre plutôt une baisse soutenue des services médicaux à McAdam. De même, les services dispensés par des omnipraticiens de l'extérieur de la zone desservie par McAdam ont baissé de 26,5 p. 100 de 1991–1992 à 1995–1996. Voilà qui suggère que la transition d'un hôpital à un CSC n'a pas poussé les résidents à chercher ailleurs les services d'un omnipraticien.

4.3 « Pratique complémentaire » (Voir figure 1 et 2)

- Il n'a pas été possible d'établir définitivement si la « pratique complémentaire » avait effectivement lieu pour les consultations en clinique externe à McAdam. Une vérification de dossiers médicaux choisis au hasard parmi les clients ayant un problème de santé couvert par les protocoles de « pratique complémentaire » n'a pu fournir de réponse à cette question. Une absence de renseignements sur les clients ainsi que l'absence de modalités pour la tenue des dossiers adaptées à la saisie de données liées aux protocoles de pratique ont compromis cette partie de l'évaluation et souligné la nécessité de revoir les modalités de tenue des dossiers.

- Contrairement à la vérification des dossiers médicaux, les exemples de cas et les entrevues avec des personnes-ressources de l'équipe de la « pratique complémentaire » semblent indiquer que le concept de la pratique collective est compris. Les membres de l'équipe reconnaissent qu'il a fallu un certain temps avant de comprendre le principe, mais ils estiment que l'équipe s'est ralliée dans un climat de confiance mutuelle et de respect.

- Les données relatives à l'utilisation des protocoles fournissent quelques preuves indirectes suggérant qu'il y a bel et bien eu une pratique complémentaire.

- On constate que la « pratique complémentaire » à l'urgence n'est pas utilisée efficacement. Sur un total de 944 consultations à l'urgence en 1995–1996, seulement 94 (10 p. 100) étaient visées par les protocoles de « pratique complémentaire » pour l'urgence. L'infirmière a pu s'occuper de l'évaluation, du traitement et du congé de seulement 37 de ces 94 clients. Toutefois, les données révèlent également que l'infirmière a traité 367 autres clients, mais, comme ces consultations n'étaient pas visées par un protocole, l'infirmière a dû aviser le médecin. Il s'agissait principalement de prescrire des analgésiques pour des cas de rhume ou de grippe.

4.4 Élaboration et prestation de programmes communautaires (Voir figure 1, module 1)

- Un comité intersectoriel, composé de l'équipe de la « pratique complémentaire », d'autres dispensateurs des soins de santé de la zone desservie par le CSC et de représentants communautaires, a tenu des réunions régulières pour définir et planifier la programmation afin de répondre aux besoins en soins de santé de la population. Ce comité, désigné sous le nom de Comité d'action interdisciplinaire, a bien fonctionné en tant que mécanisme de coordination de cette activité.

- Voici des statistiques qui décrivent bien l'activité de programmation communautaire pour l'année 1995-1996.
  - 649 personnes ont fréquenté les programmes, ce qui a donné lieu à environ 998 consultations en personne, donc au moins le tiers ont participé à plus d'un programme;
  - 24 programmes communautaires ont été élaborés;
  - 104 présentations ont été faites dans la collectivité;
  - tous les programmes ont découlé d'une demande de la collectivité, sous une forme ou une autre.

4.5 Satisfaction des employés et de la collectivité

- La satisfaction à l'égard du projet est extrêmement élevée, tant parmi les résidents de la région que le personnel du CSC. Les séances des groupes de réflexion et les entrevues avec les personnes-ressources ont montré que la population est persuadée de la capacité du Centre de répondre à ses besoins en matière de santé. De plus, les résidents affirment que la qualité des soins s'est améliorée, surtout en ce qui concerne l'accessibilité aux services. Les gens s'estiment mieux servis qu'avant et observent que la santé des résidents de la région ne s'est pas détériorée. On dit du Centre qu'il répond aux besoins de santé de la région et que les demandes de programme sont satisfaites rapidement. Le personnel est reconnu comme un élément indispensable du succès du Centre.

  Les membres du personnel aussi s'entendent pour dire que les besoins de la population sont bien servis. La programmation communautaire axée sur des questions de santé touchant les résidents de la région a particulièrement bien réussi à sensibiliser les gens à l'importance d'habitudes de vie saines; il est également dit que les gens sont très portés à utiliser les services du Centre. En ce qui concerne la satisfaction du personnel, les infirmières apprécient beaucoup le fait d'être affectées exclusivement à l'établissement de leur choix, et celles qui travaillent au Centre estiment être maintenant mieux placées pour effectuer un suivi auprès des clients grâce aux activités de gestion de cas. Les médecins, en particulier le médecin de longue date de la collectivité, apprécient les heures régulières et le partage du service sur appel. Les médecins sont d'avis que cette forme différente de prestation de soins n'a pas eu d'effets néfastes sur la santé des résidents de la région.

4.6 Dépenses

- L'analyse des coûts définitifs du projet de McAdam comprend les éléments de dépenses suivants : les coûts de fonctionnement du CSC, les coûts des services rendus par des médecins aux résidents de la zone desservie, les coûts d'ambulance et le coût des hospitalisations au DECH et au CCH. Calculé en dollars constants de 1991, le coût total de la prestation de services de santé aux résidents de McAdam en 1995–1996 sous le régime du CSC s'est chiffré à 1 940 438 $, soit 274 809 $ de moins (-12,4 p. 100) qu'en 1991–1992, la dernière année de fonctionnement d'un hôpital de 13 lits à McAdam. Ce chiffre ne tient pas compte des coûts relatifs à l'HEM.

- Lorsqu'on considère la variation nette dans les dépenses, il faut tenir compte que, outre les dépenses exclues déjà mentionnées, la corporation hospitalière de la Région 3 avait mis en oeuvre un certain nombre d'initiatives de réduction des coûts qui sont la source d'au moins une partie des économies réalisées. En conséquence, l'analyse des coûts n'attribue pas au projet de CSC l'entière réduction de 12,2 p. 100 dans les dépenses.

- On ne constate aucune économie réalisée à la suite de l'affectation au projet d'omnipraticiens salariés, au nombre de 1,2 ETP. Bien que le coût des services dispensés aux résidents de McAdam par des omnipraticiens ait baissé d'environ 2 500 $ par rapport à 1991–1992, le nombre de services médicaux dispensés aux résidents est passé de 9 523 à 4 428. Quant à savoir si la qualité du service s'est améliorée, c'est-à-dire si la durée des consultations s'est allongée, la portée de la présente évaluation ne permet pas de le déterminer.

5.0 Sommaire et conclusions

Le projet du CSC de McAdam visait à étudier les répercussions de la prestation de soins de santé primaires à des résidents d'une collectivité rurale du Nouveau-Brunswick. Voici les questions auxquelles le projet devait tenter de répondre : 1) dans quelle mesure les résidents ont-ils eu recours à d'autres établissements de soins de santé, en particulier les hôpitaux, avant et durant le projet? 2) dans quelle mesure l'utilisation de services de santé primaires a-t-elle modifié le coût global des soins de santé? 3) dans quelle mesure y a-t-il eu coordination des services dispensés par tous les dispensateurs de soins de santé de façon à assurer une programmation qui réponde aux besoins de santé de la collectivité? 4) quel a été le degré de satisfaction de la population et du personnel? 5) dans quelle mesure les professionnels de la santé ont-ils pu offrir leur collaboration au sein d'un mode multidisciplinaire appelé « pratique complémentaire »?

Il ressort clairement de la présente étude que les composantes prévues pour McAdam ont été mises en oeuvre, avec, toutefois, leur part de défis. Comme on peut s'y attendre pour toute nouvelle entreprise, le facteur restrictif qui a joué dans l'établissement des composantes du projet est le peu de temps qui s'est écoulé avant que soient mesurées les répercussions sur l'utilisation, les coûts, le niveau de compréhension et le degré d'acceptation. À court terme – de juillet 1994 à mars 1996 – , les modifications apportées au fonctionnement du modèle ont donné lieu à une prestation de services en apparence plus efficiente et plus efficace. Grâce aux initiatives en matière de formation et à leur participation dans l'élaboration et la prestation des programmes communautaires, les membres de l'équipe des soins de santé ont réussi à mieux cerner leurs rôles respectifs dans le contexte d'une prestation collective de services primaires assortis d'un volet en milieu communautaire. Quant aux médecins, comme le signalait le rapport d'évaluation provisoire du CSC de McAdam, ils semblaient hésiter au début à adopter le concept de la « pratique complémentaire », mais ils se disent plus à l'aise avec ce concept depuis l'approbation des protocoles et des lignes directrices concernant la pratique pour les consultations en clinique externe et l'urgence. Dans l'ensemble, le modèle a amélioré la qualité de vie au travail du personnel qui dispose maintenant d'heures de travail régulières et de perfectionnement professionnel, et qui fournit un service que la population trouve acceptable.

La fonction de triage et d'aiguillage est une partie importante du modèle. Elle donne à l'infirmière un rôle élargi dans la prise de décisions, et celle-ci s'assure que le dispensateur de services le plus pertinent voit aux besoins du client en matière de santé. Les comptes rendus anecdotiques du personnel, ainsi que les données d'utilisation qui illustrent les habitudes des dispensateurs de services en matière d'aiguillage, fournissent des indications selon lesquelles l'approche disciplinaire est bien comprise. De plus, même si la vérification des dossiers médicaux n'a pas fourni à elle seule des preuves quantitatives de l'occurrence de la « pratique complémentaire », elle a toutefois joué un rôle utile en mettant en lumière des lacunes dans la tenue des dossiers. Des améliorations à ce chapitre sont en cours.

On avait envisagé, en planifiant le CSC, que d'autres dispensateurs de soins de santé servant la population cible utiliseraient le Centre comme lieu de prestation de services, et même qu'ils y regrouperaient leurs bureaux. La Santé publique, les services en milieu communautaire de la division FSSC, l'HEM et la Santé mentale constituaient certains des utilisateurs éventuels. Or, jusqu'à présent, ces dispensateurs de services utilisent les locaux du Centre pour rencontrer leurs clients, sans toutefois avoir déménager leurs bureaux dans le centre. En outre, ils sont des membres actifs du Comité d'action interdisciplinaire et, à ce titre, ils aident à cerner les programmes/activités possibles pour répondre aux besoins de la région.

En ce qui a trait à la coordination des services entre les divers dispensateurs de services, tous les organismes de santé signalent que les relations de travail avec le personnel du Centre sont positives, toutefois, la Santé publique se dit préoccupée du fait qu'il y aurait un dédoublement de services. Des exemples de programmes qui se chevauchent sont la formation prénatale et certains programmes offerts dans les écoles. Il y a cependant lieu de noter que, afin d'optimiser l'utilisation des ressources financières, la Santé publique n'offre ses programmes que lorsqu'un nombre minimum de participants y sont inscrits. Cette différence d'approche dans la capacité d'offrir des programmes a pour effet de transférer la prestation de services d'un secteur (donc d'un budget) du système de santé à un autre.

De façon générale, le projet affiche une réduction nette de 274 809 $, soit une variation nette de -12,4 p. 100. Ce chiffre comprend les initiatives mises en oeuvre dans la Région 3, distinctes des stratégies mises en place pour le modèle du CSC. De plus, comme l'analyse des coûts ne tient pas compte des coûts liés à l'HEM, à la prestation des services sociaux et aux activités de la Santé publique, le coût des soins de santé s'en trouve sous-estimé. Quoiqu'il en soit, étant donné l'amélioration de la promotion de la santé et de la prévention des maladies dans la région, il n'est pas impossible que le modèle entraîne à long terme une réduction des coûts pour l'ensemble du système. Il faudrait, pour mesurer cette hypothèse, concevoir une étude contrôlée à plus long terme.

6.0 Recommandations

Recommandations générales

1. Les études d'évaluation des besoins fournissent des renseignements importants sur la santé et le comportement des collectivités et constituent un outil important pour l'établissement d'un

mode de prestation de services axé sur les soins de santé primaires, dont il a été fait l'essai à McAdam. Toutefois, pour être utiles, les évaluations doivent être adaptées à la population cible, représentatives de tous les groupes d'âge et administrées à un moment de l'année qui assure le plus grand nombre de répondants possible.

2. Les membres de l'équipe de la « pratique complémentaire » à McAdam ont déclaré que le manque de clarté dans les rôles et les responsabilités de même que les lacunes dans la compréhension du principe de la « pratique complémentaire » ont nui au déroulement du projet. Des activités et une formation visant à prévenir ce genre de confusion devraient être entreprises dès les débuts de la planification et de la mise en oeuvre du projet.

3. En plus du point mentionné ci-dessus, une gestionnaire affectée exclusivement au projet à titre de coordonnatrice et une infirmière clinicienne spécialisée chargée de faciliter la programmation communautaire sont essentiels pour assurer la coordination, la planification et la mise en oeuvre d'un projet visant le changement.

4. En plus du point mentionné ci-dessus, une gestionnaire affectée exclusivement au projet à titre de coordonnatrice et une infirmière clinicienne spécialisée chargée de faciliter la programmation communautaire sont essentiels pour assurer la coordination, la planification et la mise en oeuvre d'un projet visant le changement.

5. Selon le personnel infirmier du modèle de McAdam, travailler sous deux modes très différents de prestation de services n'est pas propice à la gestion de cas ni à la planification des programmes communautaires. Il semble que l'affectation exclusive de personnel infirmier soit essentielle pour que ces activités se déroulent efficacement.

6. En fin de compte, les protocoles de pratique élaborés pour l'urgence de McAdam ne couvraient pas les problèmes de santé les plus souvent rapportés. Dans la mesure du possible, il faudrait d'abord examiner les motifs des consultations à l'urgence, avant de sélectionner les problèmes de santé pour lesquels il y a lieu d'élaborer des protocoles de pratique. La même démarche préalable s'applique pour sélectionner les problèmes de santé qui se prêteraient le mieux à la pratique collective pour les consultations en clinique.

7. Si les populations cibles en viennent à délaisser l'urgence des hôpitaux voisins pour se rendre au CSC, cette modification du comportement peut indiquer le degré d'acceptation du changement apporté à la méthode de prestation des services de santé. Pour réussir à mesurer le changement qui suit la réorganisation d'un établissement hospitalier en CSC, il faut suivre l'utilisation des autres services d'urgence par les résidents de la région ciblée *avant que survienne le changement* afin d'obtenir les données de base nécessaires à la comparaison.

8. Des stratégies de promotion innovatrices et créatives ont favorisé de façon générale la compréhension et le degré de satisfaction du public à l'égard des services offerts au CSC de McAdam. À l'appui du changement dans le mode de prestation des services de santé, la promotion par la communication est essentielle si l'on veut assurer l'acceptation et la satisfaction de la collectivité.

Recommandations particulières au projet de McAdam

9. Étant donné les difficultés auxquelles a donné lieu la vérification des dossiers médicaux, il serait indiqué de réorganiser les renseignements à consigner au dossier et à donner une formation sur les genres de renseignements à consigner.

10. Pour la durée du projet, les infirmières ont bénéficié d'une protection sous forme d'une lettre du ministre leur permettant d'élargir leurs rôles conformément aux protocoles de « pratique complémentaire » sans crainte de poursuites judiciaires. Pour mettre à l'essai le concept de la pratique collective, une telle mesure était nécessaire. Si le projet change d'état et n'est plus désigné comme projet pilote, il sera nécessaire de revoir cette protection.

11. Le dédoublement de certains services et les différences de principes dans la façon d'aborder la prestation de services parmi les divers professionnels de la santé indiquent qu'il est nécessaire de déployer plus d'efforts de collaboration et de coordination des programmes et des services offerts.

INTRODUCTION

En 1992, le ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick (MSSC) annonçait la première des deux étapes d'une rationalisation et d'une réforme globales de ses systèmes de prestation de services de santé et de services sociaux. À cette occasion, le ministère a fait part de son intention d'élaborer et de mettre à l'essai un modèle de soins de santé primaires dispensés par un centre de santé communautaire établi dans une région rurale du Nouveau-Brunswick. Le modèle prévoyait la prestation de soins communautaires au moyen de services ambulatoires, de consultations externes et de services en milieu communautaire, et il devait refléter les valeurs et les objectifs décrits dans le plan ministériel du ministère, qui figure à **l'annexe B**. En conséquence, le modèle devait favoriser un accès équitable et facile au système des soins de santé, être abordable dans le contexte des restrictions financières, démontrer une utilisation efficace des ressources humaines, et avoir comme fondement le partage des responsabilités et l'établissement de partenariats dans le cadre des services de santé offerts.

On a choisi comme lieu d'essai d'un projet pilote de deux ans la localité de McAdam, située dans les limites géographiques de la corporation hospitalière de la Région 3 et à 100 km de Fredericton, le centre urbain d'importance le plus proche. La tâche de planifier l'initiative a d'abord été confiée à un comité de représentants de la corporation hospitalière de la Région 3 et du MSSC. Des conseils de l'extérieur, sollicités auprès d'un large éventail de dispensateurs de soins de santé et de représentants de la collectivité, ont guidé le comité dans la planification stratégique. La consultation a fait appel à la Société médicale du Nouveau-Brunswick, à l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB), à la faculté de sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick, à l'Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick, à l'Hôpital extra-mural (HEM) et à des représentants de la collectivité et du conseil du foyer de soins de McAdam, de même qu'à des personnes nommées à même le conseil municipal.

À la suite de cette étape initiale, on a confié le projet à la corporation hospitalière de la Région 3 en la chargeant d'en poursuivre l'élaboration et la mise en oeuvre. Pour favoriser le processus, les services d'un consultant ont été retenus pour terminer la conception du modèle et fixer un calendrier des activités de démarrage. En janvier 1994, le rapport du consultant était présenté à un Comité directeur mixte de la corporation hospitalière de la Région 3 et du MSSC (1). En juin 1994, une fois les travaux de rénovation à l'ancien hôpital achevés, le ministre de la Santé et des Services communautaires, Russell King, inaugurait le Centre de santé communautaire (CSC) de McAdam.

Avant 1992, les résidents de McAdam recevaient des soins de santé de la division FSSC, de la Santé publique, de la Commission de la santé mentale (CSM) et de l'HEM, dont les bureaux régionaux se trouvaient tous à Fredericton. On comptait également un hôpital de soins actifs, le MacLean Memorial Hospital, qui desservait les résidents d'une zone définie par un rayon de 40 km. L'hôpital fournissait également des services d'urgence à la localité voisine de Vanceboro, dans l'État du Maine. L'hôpital dispensait des services médicaux, et les cas d'obstétrique et de chirurgie étaient dirigés vers d'autres établissements plus importants. Le MacLean Memorial Hospital était rattaché à un foyer de soins de 36 lits, et les infirmières travaillaient tour à tour dans les deux établissements. Un médecin connu de longue date dans la localité assurait les services

médicaux dans les deux établissements, et un second médecin, de Fredericton, fournissait des services de relève sur appel.

À la suite de la réforme de la santé, ou plutôt comme conséquence à cette réforme, on a mis hors service tous les lits de l'hôpital sauf quatre, et son statut et son mode de prestation de services sont passés de ceux d'un établissement de soins actifs à ce qui est aujourd'hui le CSC. En même temps, un bureau satellite de l'HEM était ouvert au village de Harvey Station pour desservir Harvey et la région adjacente de McAdam.

Il convient ici de noter que le MSSC avait établi en 1991–1992 le programme du Point d'entrée unique (PEU), qui offre une gamme de services sociaux et de services de santé et de santé mentale qui permettent aux personnes âgées de demeurer plus longtemps autonomes et dans la collectivité. Toujours la même année, la Division des services d'ambulance du MSSC entreprenait d'apporter des améliorations à son service en exigeant, entre autres, un niveau supérieur de compétences et de formation pour les ambulanciers. Des initiatives comme l'HEM et le PEU et l'amélioration du service d'ambulance ont permis la mise en place de l'infrastructure du système nécessaire pour soutenir la réduction des activités de l'hôpital et la mise à l'essai du modèle de centre de santé communautaire.

On trouvera à la page suivante du présent rapport un liste chronologique des étapes, ce qui aidera à comprendre certains des faits et des activités clés qui ont mené au modèle de travail actuel du CSC de McAdam.

CSC de McAdam
Chronologie des étapes

Mars	**1992**	Rationalisation et réforme de la prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick.
Avril	**1992**	Planification opérationnelle du modèle du Centre de santé communautaire.
Décembre	**1992**	Suppression des lits de soins actifs.
Janvier	**1993**	Achèvement du modèle et établissement d'un calendrier de mise en oeuvre.
Juin	**1993**	Approbation des protocoles de l'urgence.
Juillet	**1993**	Transition de la rémunération à l'acte à la rémunération à salaire pour les médecins.
Septembre	**1993**	Formation du Comité interdisciplinaire.
Novembre	**1993**	Achèvement de l'enquête sur l'évaluation des besoins.
Janvier	**1994**	Achèvement du cadre d'évaluation.
Mars	**1994**	Achèvement des travaux de rénovation à l'édifice.
Juillet	**1994**	Ouverture officielle du CSC.
Février	**1995**	Approbation du protocole de pratique complémentaire sur le diabète.
Mai	**1995**	Approbation du protocole de pratique complémentaire sur l'hypertension.
Mai	**1995**	Recrutement d'une coordonnatrice affectée exclusivement au projet.
Mai	**1995**	Achèvement du rapport d'évaluation provisoire.
Juin	**1995**	Recrutement d'une infirmière clinicienne spécialisée.
Février	**1996**	Approbation du protocole de pratique complémentaire sur l'asthme infantile.

Partie 1.0 PROCESSUS D'ÉVALUATION

1.1 Comités du processus d'évaluation

Les membres du Comité d'élaboration du cadre d'évaluation, regroupant des représentants du MSSC et de la corporation hospitalière de la Région 3, ont produit le cadre d'évaluation. Le Comité a consulté dans son travail les professionnels de la santé du CSC de McAdam ainsi que la Société médicale du Nouveau-Brunswick et l'AIINB, qui ont fourni des conseils.

Le comité de travail de l'évaluation, composé de représentants de la corporation et du CSC de McAdam, s'est occupé de l'étude d'évaluation.

Un Comité directeur composé de cadres supérieurs du MSSC et de la corporation hospitalière de la Région 3 a guidé le processus d'évaluation. Comme il est mentionné ailleurs, les participants à l'évaluation sont nommés à **l'annexe A**. Le mandat du Comité de travail de l'évaluation est reproduit à **l'annexe C**.

1.2 Raison d'être et portée

Au cours de la planification du projet pilote de CSC à McAdam, on a décidé que deux évaluations auraient lieu pendant la durée du projet. La première serait une étude formative visant à déterminer les progrès de la mise en oeuvre six mois après le début du projet. L'Unité d'analyse et d'évaluation des programmes du MSSC a entamé l'étude en janvier 1995, et son rapport définitif est paru en mai 1995 (2).

La deuxième étude visait à déterminer le succès global du projet au bout de 18 mois de fonctionnement, soit à compter du 1er juillet 1994. L'évaluation devait débuter en janvier 1996. Toutefois, en raison de l'état moins avancé que prévu de certains aspects fonctionnels du modèle, les évaluateurs ont recommandé au Comité directeur de retarder l'évaluation de trois mois pour donner le temps à certaines composantes du projet de se stabiliser. De plus, le délai a permis au personnel administratif du centre d'entrer les données d'utilisation des mois précédents (à partir du 1er avril 1995) dans le système informatique Meditech nouvellement installé. En conséquence, la période de l'évaluation, c'est-à-dire du 1er juillet 1994 au 31 mars 1996, couvre 21 mois de fonctionnement.

1.3 Buts du projet et cadre d'évaluation

Le cadre des deux évaluations est fondé sur les cinq buts du projet élaborés plus tôt par le Comité de mise en oeuvre. On trouvera à l'annexe D ces buts et leurs objectifs ainsi que le cadre d'évaluation. Les principaux thèmes de l'évaluation sont l'utilisation des services, l'efficacité de la « pratique complémentaire », la coordination avec les autres services offerts par les dispensateurs de services de santé et de services sociaux communautaires, l'acceptation par la collectivité et les changements dans la sensibilisation aux comportements favorisant la santé et dans l'adoption de ces comportements au moyen de programmes. Comme le montre le tableau qui accompagne le cadre d'évaluation, les questions et les mesures de l'évaluation portent sur ces thèmes, qui servent également de canevas au présent rapport d'évaluation.

1.4 Limites de l'étude

Amélioration de l'état de la santé et habitudes de vie favorisant la santé — La présente étude d'évaluation définitive cherche surtout à déterminer si le projet pilote a satisfait aux buts fixés. Il s'agit en grande partie d'une évaluation formative et sommative. L'étude n'est pas une enquête sur les changements qui auraient pu se produire dans l'état de santé de la population servie par le CSC. Pour ce faire, il faudrait mener une étude de plus longue durée, assortie d'indicateurs de la santé bien définis et appliqués à un échantillon de la population.

En outre, le présent rapport ne cherche pas à déterminer si la population ou les individus ont adopté des habitudes de vie plus saines en raison de la prestation de services de santé primaires. Même s'il s'agissait là d'un des buts du projet, il est à nouveau devenu évident que la durée du projet pilote ne permettait pas de mener une étude qui fournirait une mesure fiable de la modification des comportements.

Maturité des stratégies — « Paris ne s'est pas fait en un jour », et on peut dire la même chose de McAdam. Ce n'est que dans les derniers mois qu'on a mis en oeuvre la plupart des pièces du modèle. Plusieurs facteurs expliquent une telle situation : i) le temps plus long que prévu pour élaborer les protocoles de pratique, ii) le temps qu'il a fallu aux membres de l'équipe interdisciplinaire pour acquérir une compréhension des principes de la « pratique complémentaire » et avoir confiance dans son application, iii) l'absence, dans les débuts du projet, d'un coordonnateur qui puisse consacrer suffisamment de temps aux activités de perfectionnement telles que l'élaboration de programmes, et iv) l'absence, dans les débuts du projet, d'une stratégie de promotion du projet dans la zone desservie visant à informer les résidents des services, des programmes et des consultations offerts au centre de santé. Ainsi, il se peut que la mesure de certains aspects du modèle – tels que la « pratique complémentaire » – survienne trop tôt pour permettre de déceler un véritable changement dans les résultats attendus.

Données — Les données d'utilisation employées dans le rapport d'évaluation provisoire sur le CSC de McAdam avaient été recueillies à la main, ce qui a grandement compliqué les tentatives de comparaison entre les résultats d'utilisation de l'étude antérieure et de celle-ci. Depuis la parution du rapport antérieur, on a doté le CSC du système informatique automatisé Meditech, en usage dans l'ensemble de la corporation hospitalière de la Région 3. Si l'on compare les données informatisées aux données recueillies à la main, on constate que l'information recueillie par Meditech est plus précise. Les critères définissant les données sont plus précis et plus uniformisés et les renseignements sont plus complets. Ce changement de méthode de collecte des données d'utilisation empêche des comparaisons exactes entre les données antérieures et les nouvelles données. Par conséquent, dans la plupart des cas, les données d'utilisation analysées et fournies dans le présent rapport se limitent à la période allant du 1er avril 1995 au 31 mars 1996.

Dépenses — Il y a lieu de noter certaines limites dans l'analyse des coûts. En effet, comme les données réelles les plus récentes nécessaires pour calculer les prix de journée en 1995-1996 pour les hospitalisations au CCH et au DECH n'étaient pas disponibles, le coût d'hospitalisation de 1995-1996 est fondé sur les prix de journée de 1994-1995. Par ailleurs, les données sur l'utilisation de l'urgence au CCH et au DECH par les résidents de McAdam n'étant pas connues, elles sont

exclues de l'analyse des coûts. D'autre part, aucune donnée relative à l'HEM n'étant disponible pour la région de McAdam seulement (les données regroupent Harvey et McAdam), les coûts et les services de l'HEM sont eux aussi exclus de l'analyse des coûts. Enfin, il faut noter qu'une partie des économies réalisées à McAdam pourrait être attribuable à des initiatives mises en oeuvre par la corporation hospitalière de la Région 3. Cependant, l'analyse des coûts ne fournit que la variation nette dans les dépenses et n'impute pas les économies au CSC ni à toute autre initiative particulière.

Partie 2.0 DESCRIPTION

2.1 Lieu du projet pilote

McAdam, au Nouveau-Brunswick, est une petite localité qui borde la frontière de l'État américain du Maine. Le centre urbain d'importance le plus proche est Fredericton, au Nouveau-Brunswick, à quelque 100 km de distance. L'autre municipalité néo-brunswickoise en importance est St. Stephen, qui se trouve à environ 60 km. La population du village de McAdam et de sa paroisse environnante est relativement stable, les recensements de 1986 et de 1991 dénombrant tous les deux environ 2 300 résidents (3,4). Quant à la densité de sa population, McAdam répond à la définition de localité rurale de Statistique Canada, c'est-à-dire 400 habitants ou moins par kilomètre carré. La plupart des résidents sont unilingues anglophones, de descendance anglo-saxonne. D'après le recensement de 1991, environ la moitié des résidents, hommes et femmes, sont âgés de 40 ans ou plus. Autrefois, la base économique de la région consistait du transport ferroviaire des marchandises et des passagers et de l'industrie du bois d'oeuvre. Plus récemment, l'industrie du bois d'oeuvre a connu un sérieux déclin, auquel s'est ajouté l'abandon du service ferroviaire, ce qui a fait de McAdam une localité confrontée à des défis économiques importants. À l'heure actuelle, la base économique du village est alimentée par plusieurs entreprises qui s'y sont installées.

Le bénévolat et l'autosuffisance sont des notions qui imprègnent la localité de McAdam depuis longtemps. Le village est fier de son passé ferroviaire et de son château féerique, autrefois une gare du CN, et qui est devenue un haut lieu de réputation nationale. La solidarité communautaire y est spécialement forte. Si on demande aux gens s'ils se considèrent appauvris par le ralentissement économique, il y a de bonnes chances qu'on se fasse répondre : « Bien sûr que non ». Depuis plus de 10 ans, le village a un journal publié aux deux semaines, écrit et publié gratuitement par les jeunes les plus âgés de Scouts Canada, sous la supervision de leur chef, lui-même maire du village et directeur de l'école secondaire. Outre le canal de la télévision communautaire, le journal est pour la plupart des gens le véhicule d'information sur les questions d'intérêt local. Il va sans dire que ces médias ont joué un rôle crucial pour aider le CSC à promouvoir ses programmes et services.

2.2 Le modèle conceptuel

Le modèle conceptuel de prestation des services de santé mis au point pour la région de McAdam est une illustration parfaite des soins de santé primaires. Le principe des *soins de santé primaires* est la promotion du mieux-être de la personne, de la famille et de la collectivité. Pour bien

comprendre le modèle conceptuel, il est important de connaître la définition de deux termes souvent mal employés : *soins primaires et soins de santé primaires* (5,6). Les *soins primaires* désignent un concept médical axé sur la maladie et fondé sur le diagnostic et le traitement. Les soins primaires sont centrés sur le dispensateur de services et sur la personne, plutôt que sur la collectivité, et ils sont caractérisés par le soutien, la réadaptation et la guérison.

Au contraire, les *soins de santé primaires* renvoient à une perspective plus large de la santé. Le soutien, la réadaptation et la guérison qu'on trouve dans les soins primaires font également partie des soins de santé primaires, mais ceux-ci comprennent en outre un volet communautaire de promotion de la santé et de prévention des maladies. Le principe des soins de santé primaires a d'abord été présenté en 1978 à la conférence d'Alma Ata, en Russie, par l'Organisation mondiale de la santé, sous le titre de Déclaration mondiale sur la santé d'Alma Ata (7).

Structure de la gestion — Le conseil de la corporation hospitalière de la Région 3, dont les membres sont nommés, a son siège social à Fredericton; le conseil est chargé du fonctionnement de tous les établissements hospitaliers et centres de santé compris dans ses limites géographiques, dont McAdam. La composition du conseil se répartit comme suit : 40 p. 100 des membres sont de régions urbaines, et 60 p. 100 sont de régions rurales, dont un représentant de la région de McAdam-Harvey. Par l'entremise du conseil, la population participe au processus décisionnel qui détermine l'utilisation des fonds et les ressources affectées aux soins de santé dans la région. Dans la pratique, le conseil tient le rôle des conseils communautaires dont sont dotés les centres de santé dans d'autres provinces (8). À l'heure actuelle, la coordination du projet est confiée à une infirmière-gestionnaire principale, qui rend compte au conseil par l'entremise du directeur général de la corporation.

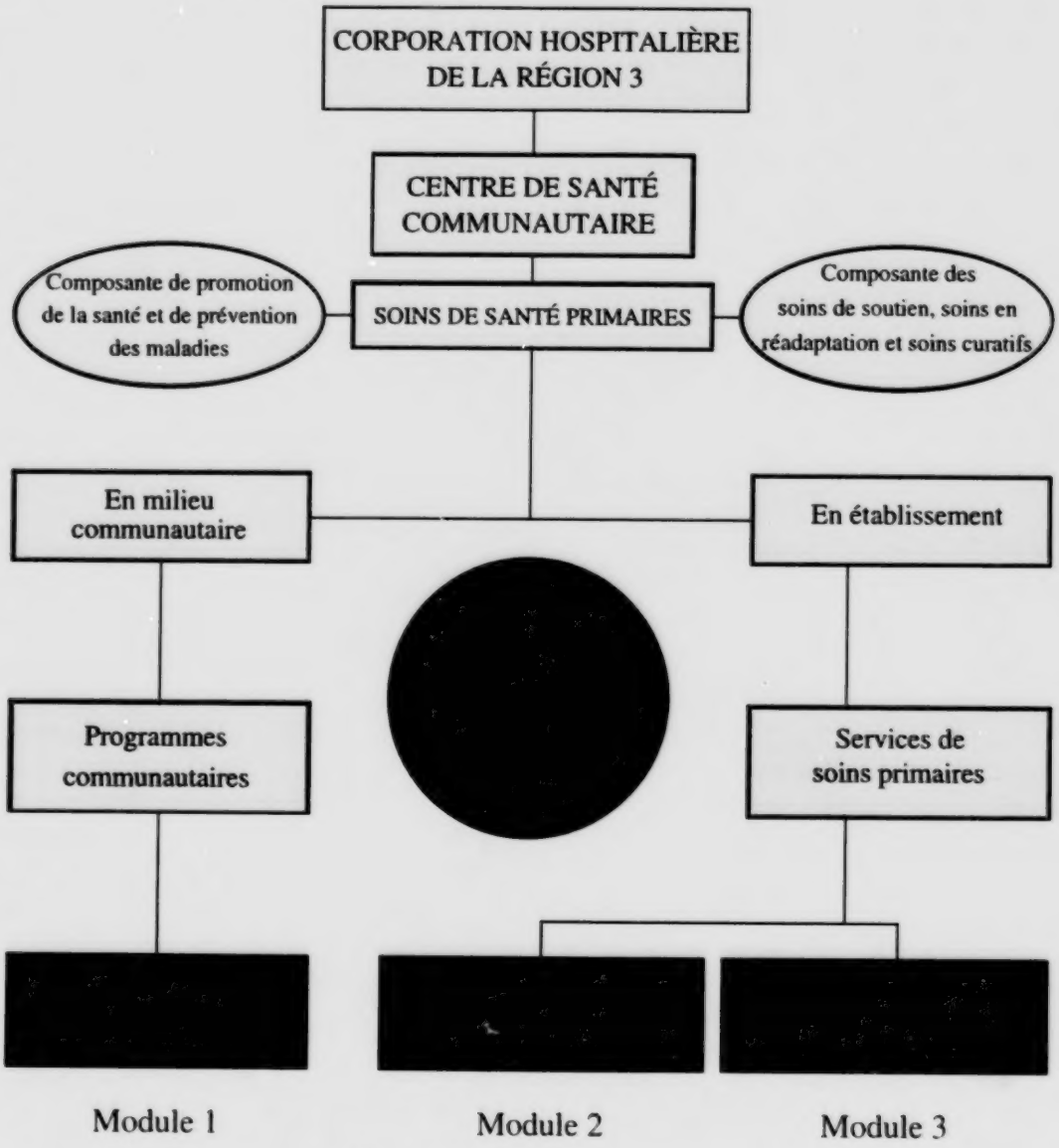
Les modules — La conception du modèle de prestation du CSC repose sur les deux composantes fondamentales qui caractérisent les *soins de santé primaires*, soit la composante de promotion de la santé et de prévention des maladies et la composante des soins de soutien, des soins en réadaptation et des soins curatifs; on a mis en place les trois modules suivants, illustrés à la **figure 1**, pour concrétiser ces deux composantes :

Le module 1 est la composante de promotion de la santé et de prévention des maladies. La principale stratégie du module vise la planification et la coordination d'activités considérées comme favorables à la santé et au mieux-être social des résidents de la région. À l'origine, ces activités devaient répondre aux besoins établis au moyen d'une étude d'évaluation des besoins de la collectivité (9), achevée juste avant le démarrage officiel du projet. Le véhicule de mise en oeuvre de la stratégie prévu était un comité d'action interdisciplinaire regroupant le personnel professionnel du CSC, des représentants des organismes de santé et de services sociaux oeuvrant dans la collectivité et des représentants communautaires. Le personnel du CSC assure la direction des activités. Notons qu'il serait probablement plus pertinent d'appeler le comité d'action interdisciplinaire du nom de Comité d'action intersectoriel.

Le module 2 est la composante des soins de soutien, des soins en réadaptation et des soins curatifs. Ce module prévoit la prestation des soins primaires selon une *approche interdisciplinaire* décrite sous le nom de « pratique complémentaire ». La « pratique

Figure 1. Modèle conceptuel du CSC de McAdam

(adapté du rapport d'état préparé pour la corporation hospitalière de la Région 3, 1994)



complémentaire » est une approche dont la principale caractéristique est une équipe de soins de santé formée de professionnels qui travaillent ensemble en collaboration et en coopération, chacun reconnaissant les compétences des autres membres de l'équipe et fonctionnant dans un climat de confiance mutuelle. « Pratique collective » et « soins partagés » sont d'autres synonymes en usage pour décrire cette approche. Sous ce mode de prestation de services, le dispensateur de soins de santé dirige le client vers le membre de l'équipe le mieux placé pour dispenser le service. À McAdam, l'équipe de la « pratique complémentaire » est composée des professionnels suivants : infirmière en « pratique complémentaire », physiothérapeute, diététiste, pharmacienne et médecins. Ce sont les besoins du client qui déterminent quel est le membre de l'équipe le mieux placé pour être le gestionnaire de cas. Le modèle de la « pratique complémentaire » est illustré à la **figure 2**.

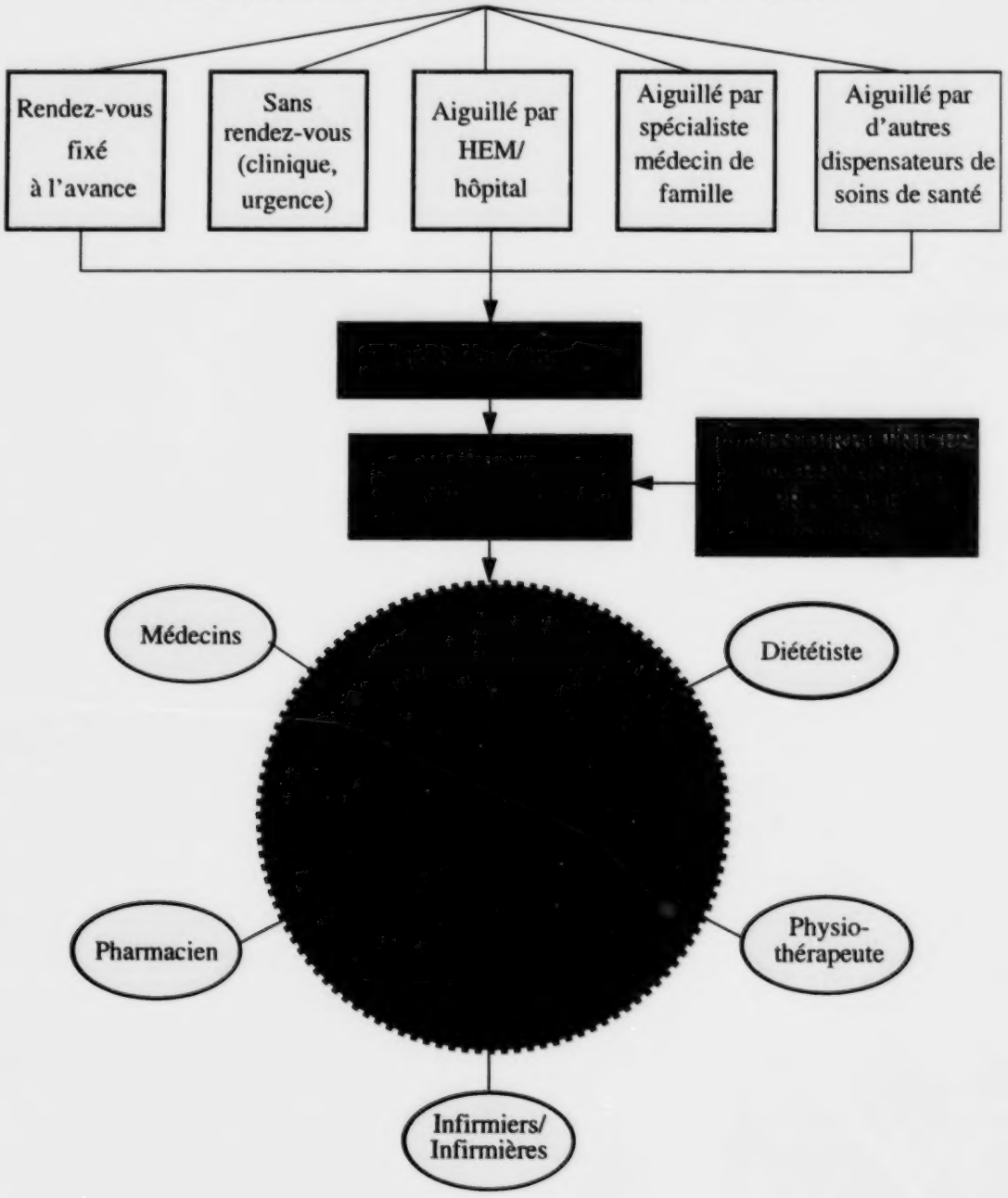
Pour que la « pratique complémentaire » soit possible, plusieurs activités « habilitantes » doivent avoir lieu, notamment : un changement dans la méthode de rémunération des médecins, le regroupement des services, la centralisation des inscriptions et l'intégration des dossiers médicaux, de même que, activité très importante, l'élaboration de lignes directrices et de protocoles. Ces activités et mécanismes sont décrits à la **section 2.3**.

Le module 3 s'inscrit également dans la composante des soins de soutien, des soins en réadaptation et des soins curatifs. Dans ce module, les soins primaires sont dispensés au moyen i) de l'urgence et ii) de l'utilisation des lits d'observation. Le CSC comporte quatre lits d'observation, dont l'un peut servir à une personne qui a besoin d'un endroit plus privé, par exemple un client nécessitant des soins palliatifs. À l'origine, il était prévu que la durée du séjour dans les lits d'observation se limite à 24 heures, le temps de stabiliser le client, de prendre les arrangements nécessaires pour des services de soutien à domicile, par ex., par l'HEM ou le PEU, ou de le transférer à un établissement plus important.

La planification des services d'urgence a tenu compte des réalités des localités rurales et des distances que doivent parcourir les gens, surtout en hiver, pour avoir accès à des soins d'urgence dans les grands centres. La présence d'entreprises où le risque d'accident est élevé est un autre facteur soulignant la nécessité d'un tel service.

Le principe de la « pratique complémentaire » guide également ce module. En effet, dans la prestation du service d'urgence, fondé sur des protocoles approuvés, les infirmières peuvent s'occuper de l'évaluation, du traitement et du congé des clients sans devoir d'abord obtenir l'autorisation d'un médecin. Dans de tels cas, un suivi du patient a lieu dans les 24 heures suivant son congé. On a élaboré des protocoles, qui sont décrits à la section 2.3, pour guider cette pratique. Comme les infirmières pourraient être placées en infraction des lois qui régissent et réglementent les hôpitaux et la pratique professionnelle dans le cours de leurs activités prévues par les protocoles, le ministre de la Santé et des Services communautaires a rédigé une lettre pour les protéger contre les infractions à la *Loi sur les services hospitaliers* et à la *Loi hospitalière* pour la durée du projet.

Figure 2. Modèle de la pratique complémentaire au CSC de McAdam



2.3 Mécanismes habilitants de la « pratique complémentaire »

Il fallait qu'un certain nombre d'activités aient lieu pour permettre l'application du modèle conceptuel tel que prévu. Parmi les changements à apporter, il fallait en tout premier lieu modifier la méthode de rémunération des médecins, regrouper les services, modifier les méthodes de tenue des dossiers médicaux, et, de toute première importance, élaborer des protocoles et des lignes directrices concernant la pratique pour guider la « pratique complémentaire ».

Rémunération des médecins — Deux médecins font partie du projet de McAdam; le premier est l'ancien médecin de la localité, connu de longue date, et l'autre est un médecin qui voit les patients sur rendez-vous sur place une journée par semaine et qui est de garde pour les urgences durant une partie des heures après service. Aux fins du projet pilote, les deux médecins ont accepté d'être rémunérés à salaire, au lieu d'être rémunérés à l'acte comme avant. Les médecins et le MSSC ont convenu de cette méthode de rémunération différente après consultation avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, l'agent de négociation des médecins. L'entente prévoit notamment que les médecins continuent de soumettre à la Division de l'assurance-maladie du ministère des « demandes de paiement » pour leurs clients afin qu'on puisse retracer les coûts des services médicaux dans un but d'évaluation et de planification. Le mandat de la présente étude d'évaluation ne comprend pas l'évaluation des régimes de rémunération en rapport avec les soins fournis. [Note : Pour les lecteurs que les modes de rémunération et leurs rapports avec les soins fournis par les médecins dans les centres de santé communautaires intéressent, Pong et al. (12) ont fait un bref examen de la question.]

Regroupement des services — Pour permettre la mise en application du principe de la « pratique complémentaire », il fallait apporter des rénovations aux locaux de l'ancien MacLean Memorial Hospital. À l'époque où c'était un hôpital, le bureau du médecin se trouvait tout au fond de l'édifice, très loin de l'entrée principale. Afin d'accroître la visibilité du médecin au sein de l'équipe, on a installé son bureau de même que ceux des autres membres de l'équipe dans un endroit central, c'est-à-dire qu'on les *regroupés*, près des lits d'observation et d'urgence et de l'entrée principale, où sont également situés le bureau des inscriptions et le poste des soins infirmiers.

En plus de déménager des locaux, on a fermé les anciennes entrées du public pour créer une seule entrée au CSC. Cette entrée unique facilite *la centralisation des inscriptions* des clients en quête de services au centre. Elle sert également à diriger le client vers un premier contact avec un dispensateur de services, qui à son tour initie une série d'étapes, commençant par le triage effectué par l'infirmière, suivi de l'aiguillage vers le dispensateur de services approprié.

Enfin, on avait prévu *regrouper* les autres dispensateurs de services de la zone desservie. Dans un document rédigé au début de la planification (13), on déclarait que l'établissement allait être le point central de la plupart sinon de tous les services de santé et des services communautaires et services de soutien à domicile connexes dans la région, l'accent étant mis sur la prévention de l'institutionnalisation inutile et prématurée. En conséquence, on s'attendait à ce que d'autres dispensateurs de services de santé (Santé publique, CSM, HEM, etc.) regroupent leurs bureaux et

leurs cliniques au centre afin de travailler en partenariat avec le personnel du centre, dans le cadre d'une équipe « multidisciplinaire ».

Intégration des dossiers médicaux — Des études montrent que la tenue commune des dossiers médicaux est un mécanisme habilitant d'importance dans les modes collectifs de pratique (10,11). Ainsi, pour un client donné, toutes les notes d'évolution le concernant sont versées au même dossier, quelle que soit la profession du dispensateur du service. Cette caractéristique, comme l'entrée unique ci-dessus, favorise l'efficience en ouvrant la porte à une communication et à un aiguillage efficaces entre les dispensateurs de services. À McAdam, l'intégration de l'information concernant le client est vue comme un élément qui permet non seulement la « pratique complémentaire », mais aussi qui ouvre la voie à la gestion de cas.

Protocoles et lignes directrices concernant la pratique — Pour appuyer le principe de la « pratique complémentaire », on a élaboré des protocoles et des lignes directrices concernant la pratique afin de préciser les liens interdisciplinaires entre les membres de l'équipe de services du CSC devant certains problèmes médicaux bien définis. Ces protocoles et ces lignes directrices visaient essentiellement à guider la prise de décisions de sorte que, grâce à l'aiguillage, le client soit orienté vers le dispensateur de services approprié. D'autres modèles de collaboration similaires signalent que les lignes directrices ont servi à donner à la pratique un caractère officiel (5, 14).

On a déterminé que deux domaines de pratique offraient des possibilités de « pratique complémentaire », soit le service d'urgence et les consultations en clinique. Dans le cadre du service d'urgence, on a adopté six protocoles en vertu desquels les infirmières se chargent de l'évaluation, du traitement et du congé d'un client sans obtenir l'autorisation du médecin. Voici les problèmes de santé retenus pour les protocoles : anaphylaxie, épistaxis, brûlures superficielles, entorses et foulures superficielles, lacérations superficielles et traitement prophylactique d'anatoxine tétanique. On a également adopté trois protocoles concernant le soin des patients du centre atteints de diabète, d'hypertension et d'asthme infantile.

Les protocoles ont d'abord été élaborés par l'équipe de services sur place, puis examinés et approuvés par le Comité médical consultatif de la Région 3 avant leur mise en oeuvre au CSC de McAdam. On a commencé par mettre au point les protocoles sur le diabète et l'hypertension, puis les lignes directrices relatives à la gestion de cas et, plus récemment, le protocole sur l'asthme infantile.

Les protocoles et les lignes directrices figurent à **l'annexe E**.

2.4 Caractéristiques particulières du modèle

Sans être aussi complètement différent que, par exemple, les postes infirmiers du nord de l'Ontario où il n'est pas rare qu'il n'y ait aucun médecin dans un rayon de 150 km (R.W. Pong, communication personnelle) et où tous les services immédiats, y compris les diagnostics et les traitements, sont assurés par des infirmières, le CSC de McAdam constitue tout de même un changement radical par rapport à la pratique habituelle au Nouveau-Brunswick. Les liens étroits qu'il entretient avec la région qu'il sert, notamment ses relations avec les autres services communautaires, la nature multidisciplinaire de son mode de prestation des services médicaux, ses

services axés sur la prévention et la promotion de la santé, la prestation d'un service ambulatoire et la rémunération à salaire plutôt qu'à l'acte des services médicaux, comme on le voit d'habitude, sont tous des éléments qui le rapprochent des autres centres de santé communautaires (15). Le CSC de McAdam présente par ailleurs des caractéristiques qui, dans une certaine mesure, semblent le différencier des CSC établis dans le centre des villes et, à l'autre extrême, des centres établis dans le grand nord canadien. Ces caractéristiques sont les suivantes.

Composition des services — Church et al. (8), dans leur description des modèles organisationnels de prestation de services communautaires au Canada, notent la pauvreté de la documentation sur la question de savoir quels services individuels sont les plus efficaces et les plus efficients lorsqu'ils sont intégrés ou coordonnés. Church cite Robichaud et Quiviger (1991) pour préciser que, dans sept provinces sur dix, la majorité des services offerts dans les centres de santé et de services sociaux communautaires sont surtout de nature sociale plutôt que médicale. Il cite également Bozzini (16) qui, dans son étude de 1988 sur les centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec, note que 73 p. 100 des centres offraient surtout des soins médicaux primaires, alors que 98 p. 100 fournissaient surtout des services sociaux.

Au contraire, le modèle de McAdam est unique en ce qu'il fournit les mécanismes nécessaires pour atteindre un équilibre entre les soins primaires et les programmes communautaires. Si les programmes en matière de santé et de services sociaux sont coordonnés, c'est grâce à la planification intersectorielle entre tous les dispensateurs de services de santé et de services sociaux dans la collectivité par l'entremise du mécanisme en place, le Comité d'action interdisciplinaire. Ce comité formé de dispensateurs de soins de santé communautaires (Santé publique, HEM, Santé mentale, FSSC, programmes en milieu communautaire, etc.), de personnel professionnel du Centre et de dispensateurs de services communautaires (clergé, GRC, animateur en loisirs communautaires, représentant élu du conseil municipal, etc.) tient une réunion mensuelle pour discuter des besoins de la collectivité et aider à la planification des programmes et activités. Les membres du Comité qui ne sont pas des professionnels de la santé ont une importance toute spéciale, puisqu'ils amènent aux discussions leur connaissance de la collectivité et de la région environnante. Leur participation au processus décisionnel dans l'établissement de la programmation communautaire fait en sorte que la collectivité a son mot à dire dans les décisions.

Rôle élargi de l'infirmière — Dans le cadre du modèle, le rôle de l'infirmière n'est pas de remplacer le médecin, pas plus que ce rôle n'est élargi au delà des normes de pratique de la profession. Il s'agit plutôt de la possibilité pour les infirmières d'élargir leur rôle dans les limites des normes qui régissent leur pratique, en faisant une utilisation maximale de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur formation. En vertu du modèle de McAdam, l'accroissement du pouvoir décisionnel de l'infirmière est officialisé par les protocoles et débute par la fonction de triage, comme le montre la **figure 2**, présentée précédemment.

Service d'urgence — L'examen de certaines études sur les modèles fonctionnels de centres de santé communautaires (7, 8, 16, 17) porte à croire que le service d'urgence tel qu'on le trouve à McAdam n'est pas d'un genre courant. En effet, la faible densité de la population, qui diminue l'accès au transport (18), ainsi que des facteurs comme l'accessibilité des services, qui influent sur la qualité des soins, entravent la prestation de services de santé dans les milieux ruraux. À

McAdam, la population vieillissante, l'industrie de bois d'oeuvre et l'éloignement par rapport à un hôpital de soins actifs rendent ce genre de service nécessaire.

2.5 L'application du modèle

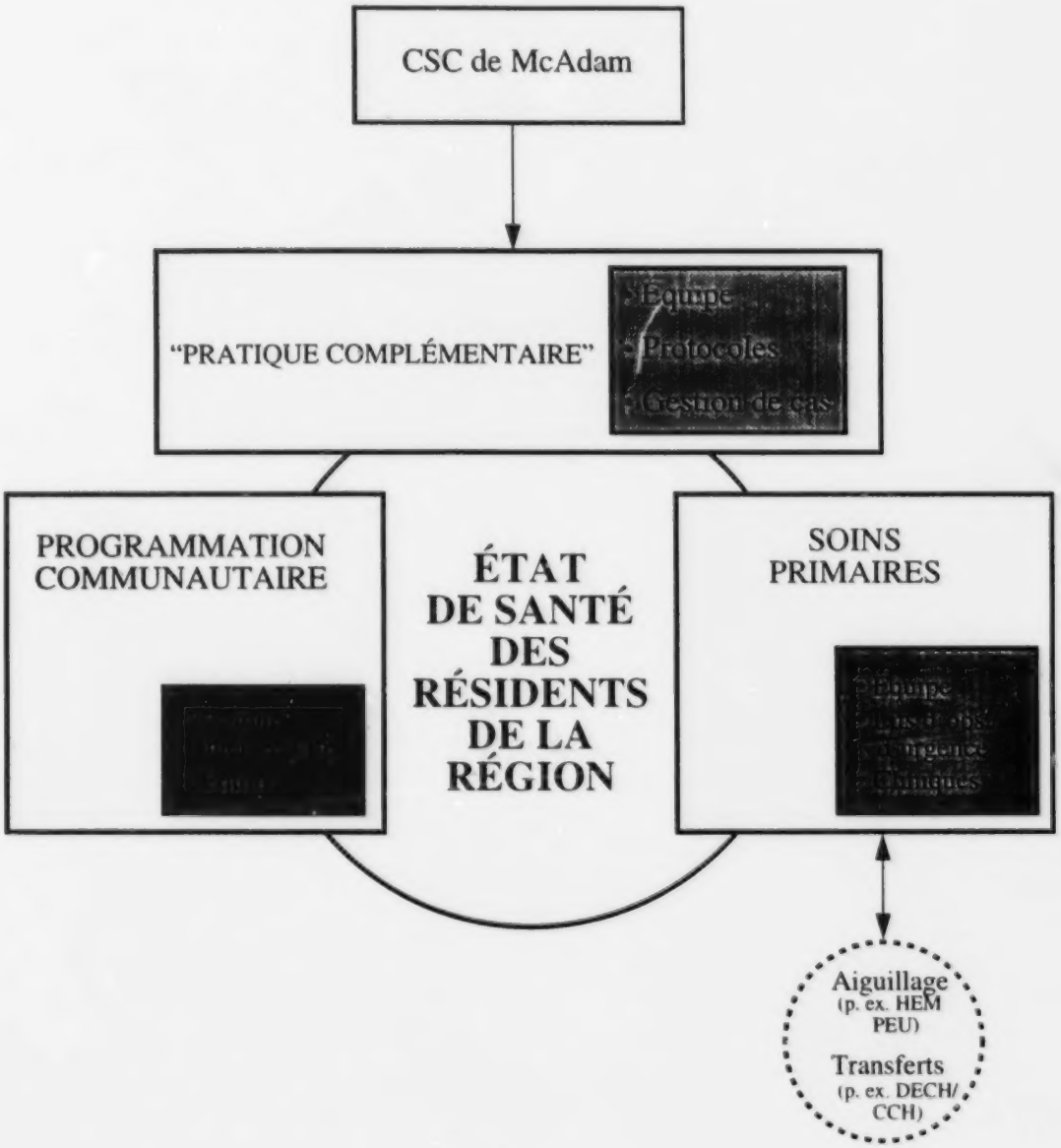
La **figure 3** illustre le modèle fonctionnel du projet de McAdam. Il est clair que tous les volets des soins primaires et des activités communautaires favorisant le mieux-être sont interreliés du fait de l'équipe de la « pratique complémentaire », qui fonctionne dans les deux aspects de la prestation de services, soit l'aspect clinique et l'aspect communautaire. Selon le genre et la fréquence des malaises traités au moyen des soins primaires, des cliniques sont organisées, soit au centre ou dans la collectivité, pour offrir traitement, surveillance ou dépistage, et éducation. Grâce au Comité interdisciplinaire (intersectoriel) d'action communautaire, formé de représentants communautaires et de dispensateurs de soins de santé et de services sociaux, l'équipe est mise au courant des besoins de la région en matière de santé. Ainsi, le modèle linéaire des trois modules de la **figure 1** représente en fait une série interreliée de stratégies qui, mises ensemble, assurent l'infrastructure nécessaire pour soutenir les initiatives en matière de santé dans la zone desservie.

2.6 Dotation en personnel du CSC

Le CSC de McAdam reçoit des clients sur rendez-vous médical huit heures par jour, cinq jours par semaine. Le service d'urgence est ouvert jour et nuit et servi par une infirmière et un médecin : une infirmière est présente 24 heures sur 24, et un médecin est sur place huit heures par jour et sur appel le reste du temps. Le personnel médical comprend un médecin à temps plein (1 ETP) et un médecin à temps partiel (0,2 ETP), qui se relaient au bureau et aux urgences. Le médecin fait du bureau deux soirs par semaine.

Le **tableau 1** représente la répartition des postes, *à l'exclusion des médecins*. Le CSC compte à l'heure actuelle 13,6 ETP, couverts par 18 employés. Il s'agit d'une réduction de 6,6 ETP par rapport à l'établissement hospitalier. Cette réduction a suivi la mise hors service de lits et la diminution qui en a découlé dans la demande pour des soins infirmiers et des services non médicaux, tels que la préparation de la nourriture et les services de ménage. Bien que la pharmacienne ne soit pas une employée du Centre, elle fait partie de l'équipe de la « pratique complémentaire » au CSC, et offre ses services à partir de la pharmacie du village.

Figure 3. Modèle de travail du CSC de McAdam



* Comité d'action interdisciplinaire

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Tableau 1: Personnel du CSC de McAdam exprimé en ETP †*

Poste	ETP 1992–1993	ETP depuis 1994	Variation nette dans les ETP
Total, personnel infirmier	14,3	9,0	- 5,3
Directrice des soins infirmiers		0,2	
i.i. V		1,0	
i.i. IV		1,0	
i.i. II		6,8	
Physiothérapeute III	0,4	0,4	0,0
Total, diététiste	2,5	0,2	- 1,4
Diététiste		0,2	
Total, entretien	0,8	1,0	0,2
Préposé à l'entretien II		0,5	
Préposé à l'entretien I		0,5	
Total, entretien ménager	2,2	0,7	- 1,5
Total, administration générale	0,9	2,3	1,4
Commis II		0,6	
Commis-dactylo II		0,4	
Commis-dactylo I		1,3	
TOTAL	**21,1**	**13,6**	**- 6,6**

* *Source : CSC de McAdam*

† ETP = Équivalent à temps plein

Tableau 1: Personnel du CSC de McAdam exprimé en ETP †*

Poste	ETP 1992–1993	ETP depuis 1994	Variation nette dans les ETP
Total, personnel infirmier	14,3	9,0	- 5,3
Directrice des soins infirmiers		0,2	
i.i. V		1,0	
i.i. IV		1,0	
i.i. II		6,8	
Physiothérapeute III	0,4	0,4	0,0
Total, diététiste	2,5	0,2	- 1,4
Diététiste		0,2	
Total, entretien	0,8	1,0	0,2
Préposé à l'entretien II		0,5	
Préposé à l'entretien I		0,5	
Total, entretien ménager	2,2	0,7	- 1,5
Total, administration générale	0,9	2,3	1,4
Commis II		0,6	
Commis-dactylo II		0,4	
Commis-dactylo I		1,3	
TOTAL	**21,1**	**13,6**	**- 6,6**

* *Source : CSC de McAdam*

† ETP = Équivalent à temps plein

Partie 3.0 COLLECTE DES DONNÉES ET MÉTHODE D'ANALYSE

Pour répondre aux questions de l'évaluation, des données quantitatives et des données qualitatives ont été recueillies et intégrées. Bien que les données quantitatives soient souvent perçues comme idéales, leur organisation structurée ne permet pas toujours de mettre au jour les effets secondaires imprévus et importants qui se produisent dans le cadre des programmes, ce qui est particulièrement vrai des programmes multidimensionnels dont les services sont variés mais intégrés (19), comme celui du projet de McAdam. On trouve maintenant dans la documentation un nombre appréciable d'études favorables à l'utilisation de renseignements de source qualitative, surtout lorsque ceux-ci servent à mieux comprendre les résultats quantitatifs (19, 20).

3.1 Données d'utilisation (autres que les dépenses)

Les données d'utilisation proviennent de deux sources principales : le système Meditech, la banque de données de l'Assurance-maladie, de la corporation hospitalière de la Région 3, et les données recueillies à la main au CSC et au CCH.

3.2 Enquête sur le recours aux services d'urgence

Le rapport d'évaluation provisoire sur le CSC de McAdam de mai 1995 a montré que les résidents de la région de McAdam continuaient à se rendre à l'urgence des hôpitaux voisins pour des problèmes qui auraient pu être traités à l'urgence du CSC et à un coût moindre. Pour déterminer les raisons pour lesquelles une telle situation se produisait, on a effectué une étude d'une durée de trois mois à l'urgence du Charlotte County Hospital à St. Stephen, et de deux mois à l'hôpital Dr Everett Chalmers à Fredericton et au Oromocto Public Hospital à Oromocto. Les clients venant de la zone desservie par le CSC de McAdam étaient repérés au moyen d'un message informatique apparaissant à l'écran à l'entrée du code postal à toutes les urgences. Il était alors demandé à la personne pourquoi elle avait choisie de se rendre à cette urgence plutôt qu'à l'établissement de McAdam. Les réponses ont été classées par catégorie et comparées d'un établissement à l'autre.

3.3 Vérification des dossiers médicaux

Plusieurs méthodes ont servi à évaluer l'étendue de la mise en oeuvre de la « pratique complémentaire ». La méthode la plus objective a consisté dans l'examen quantitatif d'un échantillon aléatoire de dossiers médicaux dont le diagnostic était explicitement *hypertension essentielle sans complications* ou *diabète*. Cet examen a demandé l'élaboration et la mise à l'essai préliminaire de quatre outils de vérification. Les quatre outils reflètent les pratiques définies et attendues dans le cadre des protocoles approuvés en vigueur, dont on trouve une description à la section 2.3. De façon plus précise, les outils permettaient de déterminer le genre d'aiguillage, l'agent orienteur et l'activité de suivi subséquente. Les deux outils de vérification mis au point pour le registre des cas d'hypertension essentielle sans complications visaient les cas nouvellement diagnostiqués et le mode de vie, ainsi que le maintien et la pharmacothérapie, où le mode de vie et la pharmacothérapie désignaient le genre de gestion exigé par l'état de santé de la personne. De même, on a élaboré deux outils de vérification pour le registre du diabète, soit les cas nouvellement diagnostiqués et le maintien.

Le nombre d'éléments (questions) par outil variait de 7 à 13, selon les exigences établies dans les protocoles. Si, par exemple, des tests initiaux en laboratoire avant la consultation chez le médecin avaient eu lieu, une cote de 2 était attribuée. En l'absence de toute mesure préliminaire, une cote de 0 était attribuée. Chaque élément a reçu une pondération en fonction du degré d'importance de l'activité. Les cotes ont ensuite été additionnées pour chaque dossier médical et représentées statistiquement par une moyenne et une variance. Un test de Student applicable aux groupes indépendants a permis de déterminer s'il existait une différence dans la conformité aux protocoles entre les deux affections.

D'autres études (21, 22) ont conclu que les vérifications de dossiers médicaux à l'aide de critères qualitatifs explicites constituent des outils fiables. Pour ce qui est de la présente étude toutefois, il est important de noter que *la vérification ne cherchait pas à mesurer la qualité, mais bien à déterminer si les protocoles étaient respectés*, ce qui permettait de déduire si, effectivement, une pratique de nature collective avait lieu.

Aux fins de la vérification, 40 dossiers médicaux ont été choisis au hasard (avec remplacement) dans chacune des deux principales catégories diagnostiques, pour un total de 80 dossiers. L'étude s'est strictement limitée aux dossiers de clients vus durant la période allant du 1er avril 1995 au 31 mars 1996. Parmi les 40 dossiers sélectionnés dans chaque catégorie, on a évalué les 30 premiers dossiers « complets ». Les dossiers « complets » désignent les dossiers qui, de l'avis des vérificateurs, semblent contenir, au premier abord, la plupart des renseignements.

La vérification a été confiée à deux consultants de l'extérieur représentant les domaines de la médecine et des soins infirmiers; ces deux personnes ont examiné les dossiers et déterminé l'outil de vérification approprié pour chaque dossier. Chaque vérificateur a procédé à une évaluation distincte de chaque dossier, et chaque élément a été coté et additionné aux autres pour aboutir à une cote globale. Les vérificateurs ont ensuite discuté et réglé les variations dans les cotes qu'ils avaient attribuées. Les outils d'évaluation figurent à **l'annexe F**.

3.4 Exemples de cas

On a demandé au personnel de la « pratique complémentaire » du Centre de santé de fournir des exemples de comptes rendus de cas qui illustrent le fonctionnement quotidien de la « pratique complémentaire ». Les comptes rendus ont été enregistrés sur ruban puis transcrits textuellement. On a ensuite procédé à l'édition des comptes rendus et exemples pour supprimer les renseignements identificateurs, avant de les retourner au CSC où on a demandé au personnel de faire une lecture « aveugle » des transcriptions éditées pour tenter d'identifier les clients concernés. D'autres corrections ont alors été apportées pour bien assurer l'anonymat. Chaque compte rendu a été revu pour vérifier l'exactitude des renseignements critiques présentés avant leur intégration au rapport d'évaluation.

3.5 Programmation communautaire

Quatre sources d'information ont servi à explorer l'étendue de la programmation communautaire, les genres de programmes offerts, la planification, l'exécution, le niveau de participation de la collectivité et l'impact sur le personnel. Les sources sont les suivantes :

- les procès-verbaux du Comité d'action interdisciplinaire;
- l'infirmière clinicienne spécialisée;
- les groupes de réflexion;
- les enquêtes menées par le personnel dans le cadre des activités liées aux programmes.

Pour ce qui est des enquêtes relatives aux programmes, leur conception et leur administration étaient le fait des organisateurs des programmes dans le but d'évaluer l'efficacité de l'enseignement et de mesurer le degré de réussite quant à la satisfaction des besoins des participants aux programmes. On a joint aux résumés de cours les résultats des enquêtes, qui ont constitué une source de données justificatives pour le présent rapport.

3.6 Consultation des personnes-ressources et de la population

Dans la présente étude d'évaluation, on a mesuré le niveau d'acceptation publique du CSC et le degré de réussite quant à la qualité perçue du service fourni au moyen d'entrevues en personne avec des personnes-ressources et de groupes de réflexion. Les groupes de réflexion sont largement reconnus comme un moyen d'explorer l'opinion des participants dans leurs propres mots (21). Au cours de l'exercice de consultation à McAdam, les questions étaient structurées de façon à obtenir de l'information sur des sujets clés, selon la personne interviewée. On a mené des entrevues en personne avec l'équipe de la « pratique complémentaire » formée des deux médecins, des responsables des soins infirmiers et de la diététiste, et avec le maire de McAdam. Des consultations de groupe ont eu lieu avec le Comité d'action interdisciplinaire, le Groupe de consultation communautaire et le public. Les évaluateurs ont fait parvenir des lettres d'invitation à tous les groupes, à l'exception du public. On a sollicité l'apport du public au moyen d'une annonce publiée à deux reprises dans le journal local et intitulée *It's Time For Our Check-Up* (« C'est le temps de notre bilan de santé »). Il était demandé aux résidents intéressés à participer à l'évaluation de téléphoner au centre, où on leur donnait alors le choix de faire partie d'un groupe de réflexion public ou de répondre plus tard par téléphone à une enquête distincte. **L'annexe G** contient une copie des invitations aux participants. **L'annexe H** contient le rapport du consultant.

Les entrevues et les discussions des groupes de réflexion ont été animées par une personne extérieure au projet et habituée à cette forme de collecte de données. Avant de commencer, on a indiqué aux participants que leurs réponses seraient mises en commun afin d'assurer l'anonymat. Toutes les séances ont été enregistrées sur ruban et sur ordinateur, au moyen du logiciel de traitement de texte *WordPerfect 6.1*. On a ensuite procédé à une analyse du contenu des discussions et réparti les idées fournies en plusieurs grandes catégories fondées sur une liste de thèmes préétablis comprenant : i) la connaissance des services, ii) l'utilisation des services, iii) la

satisfaction, iv) la qualité perçue, v) la perception des forces et des faiblesses, et, dans le cas des entrevues individuelles avec les professionnels de la santé, vi) le fonctionnement de l'équipe de la « pratique complémentaire ». La transcription des rubans a fait l'objet d'un examen pour vérifier le coefficient d'objectivité.

3.7 Enquête téléphonique

Les résidents qui avaient choisi l'enquête téléphonique privée ont été joints par une consultante en soins infirmiers dont on avait retenu les services pour l'enquête et qui connaissait bien la prestation de soins de santé en milieu rural grâce à son expérience antérieure dans un poste de surveillance à l'Hôpital extra-mural. Elle leur a posé les mêmes questions que celles posées aux participants des groupes de réflexion, puis on a procédé au dépouillement des réponses. Le rapport figure à **l'annexe I**.

3.8 Consultation auprès d'autres dispensateurs de soins de santé

On a consulté l'HEM et la Santé publique au moyen d'entrevues en personne afin de déterminer l'étendue de leurs relations de travail avec le CSC. C'est un conseiller externe qui s'est chargé de cette activité. Le rapport figure à **l'annexe J**.

3.9 Dépenses

Les données financières utilisées pour l'analyse de coûts sont tirées des sources de données suivantes au ministère : Division des services financiers, conseillers en santé publique et médecins-conseils, et Division des services hospitaliers. Outre le ministère, le service d'ambulance de McAdam, la corporation hospitalière de la Région 2 et la corporation hospitalière de la Région 3 ont fourni des données.

Partie 4.0 CONSTATATIONS

4.1 Évolution du modèle

Le CSC de McAdam est un modèle en évolution de prestation de soins de santé primaires. Comparativement à ce qu'on avait envisagé il y a trois ans, le modèle a atteint une maturité et une forme qui en fait, tant pour les planificateurs en soins de santé que pour les administrateurs de projet, un prototype dont le potentiel d'application dans d'autres localités similaires du Nouveau-Brunswick est évident. Dans une certaine mesure, cette sensibilisation s'est accrue grâce à la visibilité nationale donnée au projet lorsqu'il a été choisi en 1995 pour faire partie d'une série de 19 projets communautaires un peu partout au Canada visités par un comité spécial de chercheurs travaillant à un rapport pour les sous-ministres de la santé fédéraux, provinciaux et territoriaux.

Quant à l'application du modèle, il a connu des modifications qui ont naturellement découlé de la détermination des efficiences et de la connaissance accrue parmi le personnel des modes de fonctionnement de ce nouveau modèle. Comme on pouvait s'y attendre, des défis imprévus ont surgi, et certains changements ont été apportés pour assurer la fonctionnalité du modèle. Le tableau 2 présente un certain nombre de ces défis et modifications, dont plusieurs appellent des observations.

L'un des défis à relever pour assurer la fonctionnalité est lié à l'élaboration des protocoles de pratique. Durant la première année du projet de McAdam, Health Management Services (HMS), une section administrative de la corporation hospitalière, a supervisé les activités de démarrage. La section avait notamment comme tâche l'élaboration de protocoles de pratique en pratique clinique. Toutefois, la mise en oeuvre du projet n'était pas la seule activité de la Région 3 dont était chargé HMS. En conséquence, l'élaboration des protocoles a accumulé un retard considérable mais inévitable. Ce retard préoccupait tout spécialement le Comité directeur mixte de la Région 3 et du gouvernement (procès-verbaux des réunions), puisque les protocoles devaient guider la pratique et que, sans eux, on ne pouvait garantir que la « pratique complémentaire » ait lieu. Au moment de la parution du rapport d'évaluation provisoire, près d'un an suivant le début du projet, deux des protocoles venaient d'entrer en vigueur; et, en effet, la vérification des résultats dans le registre quotidien des médecins confirme que la « pratique complémentaire » n'avait pas encore lieu. Pour surmonter ces difficultés, on a transféré en mai 1995 la responsabilité du projet à une infirmière-gestionnaire principale de l'Hôpital Dr Everett Chalmers, qui faisait rapport directement au directeur général de la Région.

Alors qu'on affectait une coordonnatrice au projet, la Région recrutait une infirmière clinicienne spécialisée V pour travailler avec les membres du personnel infirmier de l'ancien hôpital en vue de réorienter le rôle de chacun d'un modèle strictement médical de soins primaires à un modèle de soins de santé primaires. La coordonnatrice avait comme tâche principale d'aider le personnel et le Comité d'action interdisciplinaire à définir, à élaborer, à dispenser et à coordonner les programmes et les cliniques de santé communautaires. L'affectation exclusive de ces nouvelles ressources au projet, c'est-à-dire la coordonnatrice et l'infirmière-hygiéniste, a beaucoup contribué à faire changer la nature de la prestation des soins de santé d'un milieu hospitalier à un centre de santé communautaire.

Tableau 2: Centre de santé communautaire de McAdam Évolution du modèle *

1re année	2e année
• Seule l'infirmière-gestionnaire participe à la « pratique complémentaire ».	• Toutes les infirmières du Centre de santé participent à la « pratique complémentaire ».
• Toutes les infirmières du Centre de santé participent à la « pratique complémentaire ».	• Affectation exclusive de personnel infirmier au CSC.
• Les infirmières reçoivent une formation initiale intensive à l'établissement du CSC.	• La formation du personnel est en marche, et la formation est soigneusement appariée aux besoins du personnel, par ex., l'infirmière du programme de lutte contre l'asthme assiste à un atelier de mise à jour sur le sujet. Un atelier sur la planification de programmes est donné à l'ensemble du personnel. La diététiste va à une conférence sur la diététique et le diabète.
• Peu de programmes communautaires sont élaborés; les programmes en place ne sont pas intégrés au concept du CSC.	• Des programmes communautaires sont élaborés pour répondre aux besoins de la collectivité; leur intégration est assortie de protocoles et de lignes directrices concernant la pratique.
• Faible promotion du CSC et des programmes et activités qu'il offre.	• Promotion du projet par *Fortnighter* et à la télévision au canal 10. Articles au sujet du CSC dans *River Valley News, Info et Parasol*. Le personnel, en collaboration avec une famille locale, l'HEM, la corporation hospitalière de la Région 3 et Communications N.-B., produit une série de vidéos sur les soins assurés par la famille.
• Les liens avec la collectivité se limitent au Comité d'action interdisciplinaire et au Groupe de consultation communautaire.	• Une agente de développement en soins infirmiers communautaires et infirmière clinicienne spécialisée est recrutée et s'occupe de la promotion du CSC auprès de la population
• Des protocoles de pratique sont élaborés pour l'urgence. Ils sont appliqués, mais sur un faible pourcentage du total des consultations à l'urgence.	• D'autres protocoles sont élaborés et approuvés pour l'urgence. La formation du personnel à l'utilisation des protocoles débute.
• Le concept de la « pratique complémentaire » n'est pas fonctionnel. Peu de soutien manifesté par le personnel. Le savoir-faire pour mettre le principe en pratique est peu apparent.	• Des indications anecdotiques des membres de l'équipe témoignent d'une confiance accrue. • Il y a indication que les professionnels de la santé fonctionnent comme une équipe interdisciplinaire. La diététiste participe maintenant au programme de diabète et au programme de poids-santé, la pharmacienne et l'inhalothérapeute participent au programme de lutte contre l'asthme.
• L'informatisation débute. La saisie des données comporte des inexactitudes et des incohérences.	• Le personnel connaît mieux le système informatique. Les définitions et les normes des données sont plus précises, donnant lieu à des statistiques plus exactes.

* *Source : CSC de McAdam*

Comme il est indiqué dans l'**Introduction**, l'ancien hôpital était rattaché à un foyer de soins, et les infirmières travaillaient tour à tour dans les deux établissements. Lorsque l'hôpital est devenu un centre communautaire, la situation s'est poursuivie. Toutefois, au bout d'un certain temps, la rotation entre les deux établissements a commencé à poser des problèmes, car les infirmières devaient continuellement passer d'un modèle de prestation de soins infirmiers à un autre, ce qui a occasionné des tensions parmi le personnel infirmier. Pour résoudre la situation, les infirmières ont demandé de pouvoir choisir l'établissement dans lequel elles préféraient travailler. Elles sont maintenant affectées soit au centre, soit au foyer de soins, selon leur préférence. La situation dure depuis février 1996, et on prévoit la réévaluer à la fin de l'été.

L'affectation exclusive de personnel infirmier a donné lieu à des améliorations, notamment l'efficience avec laquelle se déroulent les activités de gestion de cas. Les infirmières indiquent qu'elles sont maintenant mieux placées pour suivre et gérer les plans d'intervention des clients qui nécessitent un suivi sous forme de surveillance, de dépistage ou d'examens. Dans les faits, l'affectation exclusive de personnel infirmier a permis de rendre fonctionnelle l'activité de gestion de cas, qui avait été planifiée mais non encore concrétisée.

4.2 Utilisation des services de soins primaires (voir figure 1, modules 2 et 3)

La plupart des données sur l'utilisation sont extraites du système informatique automatisé Meditech, en usage partout dans la corporation hospitalière de la Région 3. Les données provenant du Charlotte County Hospital (CCH) ont été consignées à la main par le service des dossiers médicaux de l'hôpital et envoyées au MSSC. Comme il est mentionné précédemment à la **section 1.4**, il est à noter que la comparaison directe des données d'utilisation du présent rapport avec celles contenues dans le rapport d'évaluation provisoire du CSC de McAdam n'est pas recommandée.

Consultations en clinique externe (clients) — Le **tableau 3** fournit un profil de la clientèle du CSC de McAdam pour la période à l'étude. En 1995-1996, il y a eu 9 514 visites de clients ou en moyenne, 793 consultations par mois. La plupart des consultations consistent dans des consultations avec le médecin, des consultations avec l'infirmière pour un traitement de suivi, des consultations pour des tests de laboratoire, et des consultations aux cliniques de dépistage de l'hypertension. La **figure 4** ne semble pas montrer de tendance saisonnière dans les consultations. Mai, juin, octobre et février ont été les mois les plus occupés quant au nombre de consultations, tandis que ce nombre tombe sous la moyenne en décembre, probablement en raison de la réduction dans les services au cours de la période des Fêtes.

Un peu plus des trois quarts (77 p. 100) des clients provenaient de la zone desservie par le CSC de McAdam. Les autres clients vus en consultation externe étaient souvent de la localité voisine de Harvey. Il est à noter que le médecin travaillant l'équivalent de 0,2 ETP au CSC, le Dr Olmstead, a peut-être reçu certains de ces clients de Harvey lorsqu'il était de garde au CSC de McAdam. Mentionnons également St. Stephen et Vanceboro, au Maine, comme autres zones desservies possibles.

L'examen du profil de la clientèle révèle un pourcentage légèrement supérieur de femmes par rapport au nombre d'hommes. Les bénéficiaires les plus fréquents sont âgés de plus de 64 ans

(27 p. 100) ou ont entre 25 et 44 ans (26 p. 100). Seulement 11 p. 100 des bénéficiaires sont âgés de 15 à 24 ans. Étant donné le pourcentage supérieur à la moyenne provinciale de résidents âgés (23 p. 100 à McAdam contre 12 p. 100 dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick), il n'est pas surprenant de constater que les résidents âgés forment le groupe de bénéficiaires le plus nombreux en pourcentage. On s'attend à ce que cette tendance se maintienne.

Protocoles de « pratique complémentaire » — L'examen du profil de la clientèle révèle un pourcentage légèrement supérieur de femmes par rapport au nombre d'hommes. Les bénéficiaires les plus fréquents sont âgés de plus de 64 ans (27 p. 100) ou ont entre 25 et 44 ans (26 p. 100). Seulement 11 p. 100 des bénéficiaires sont âgés de 15 à 24 ans. Étant donné le pourcentage supérieur à la moyenne provinciale de résidents âgés (23 p. 100 à McAdam contre 12 p. 100 dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick), il n'est pas surprenant de constater que les résidents âgés forment le groupe de bénéficiaires le plus nombreux en pourcentage. On s'attend à ce que cette tendance se maintienne.

Tableau 3: Profil des clients en clinique externe au CSC de McAdam, avril 1995 – mars 1996 *

Consultations		
	Nombre	**%**
Total des consultations	**9514**	**100 %**
Clients		
	Nombre	**%**
Total des clients	**1478**	**100 %**
De la zone desservie	1139	77 %
De l'extérieur de la zone desservie	339	23 %
Sexe des clients		
Hommes	667	45 %
Femmes	811	55 %
Âge des clients		
<15 ans	252	17 %
15–24 ans	163	11 %
25–44 ans	383	26 %
45–64 ans	289	20 %
>64 ans	391	27 %

* *Source des données : Meditech*

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

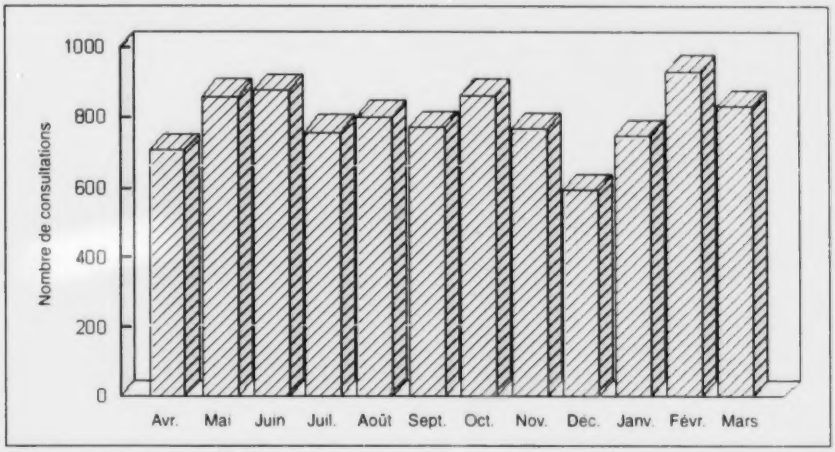
LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Figure 4. Consultations mensuelles en clinique externe, 1995-1996



Source des données : Meditech

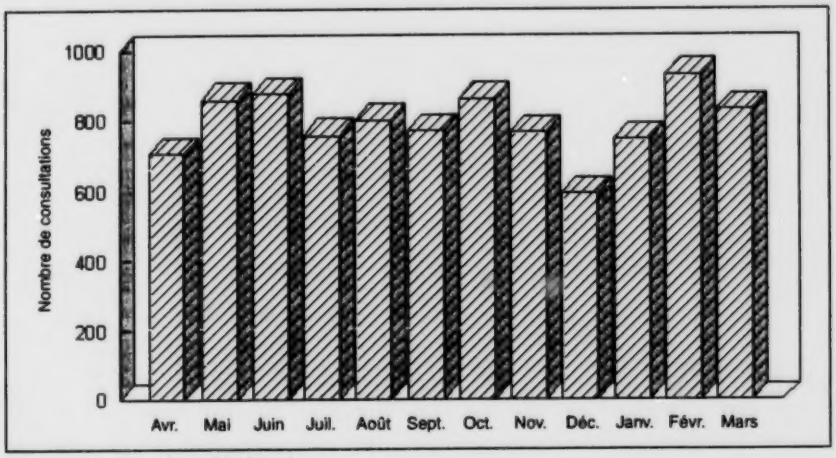
Tableau 4: Consultations liées à l'hypertension et au diabète, oct. 1995 – mars 1996 *

	Clients	Consultations (6 mois)								
		Médecin			Infirmière			Total		
	N^bre	N^bre	%	Moy.	N^bre	%	Moy.	N^bre	%	Moy.
Hypertension	164	251	44,6 %	1,5	312	55,4 %	1,9	563	100,0 %	3,4
Diabète	61	146	22,2 %	2,4	511	77,8 %	8,4	657	100,0 %	10,8
Total	**225**	**397**	**32,5 %**	**1,8**	**823**	**67,5 %**	**3,7**	**1220**	**100,0 %**	**5,4**

* *Source des données : CSC de McAdam*

C'est l'hypertension qui est la plus courante des deux maladies couvertes par les protocoles de « pratique complémentaire », puisque 164 (50 p. 100) clients en sont atteints, mais il semble que les clients diabétiques soient des plus gros utilisateurs du CSC, puisque 61 clients diabétiques ont effectué 657 consultations au centre. La différence dans l'utilisation tient peut-être à la nature du suivi. Bon nombre des consultations liées à l'hypertension et au diabète comportent des tests de laboratoire et une surveillance; or, il est probable qu'il soit demandé à un client atteint d'hypertension de demeurer au centre pour une vérification de sa tension artérielle, alors que le client diabétique devra revenir à jeun pour un test de glycémie. Par conséquent, la surveillance d'un

Figure 4. Consultations mensuelles en clinique externe, 1995-1996



Source des données : Meditech

Tableau 4: Consultations liées à l'hypertension et au diabète, oct. 1995 – mars 1996 *

	Clients	Consultations (6 mois)								
		Médecin			Infirmière			Total		
	N^bre	N^bre	%	Moy.	N^bre	%	Moy.	N^bre	%	Moy.
Hypertension	164	251	44,6 %	1,5	312	55,4 %	1,9	563	100,0 %	3,4
Diabète	61	146	22,2 %	2,4	511	77,8 %	8,4	657	100,0 %	10,8
Total	**225**	**397**	**32,5 %**	**1,8**	**823**	**67,5 %**	**3,7**	**1220**	**100,0 %**	**5,4**

* *Source des données : CSC de McAdam*

C'est l'hypertension qui est la plus courante des deux maladies couvertes par les protocoles de « pratique complémentaire », puisque 164 (50 p. 100) clients en sont atteints, mais il semble que les clients diabétiques soient des plus gros utilisateurs du CSC, puisque 61 clients diabétiques ont effectué 657 consultations au centre. La différence dans l'utilisation tient peut-être à la nature du suivi. Bon nombre des consultations liées à l'hypertension et au diabète comportent des tests de laboratoire et une surveillance; or, il est probable qu'il soit demandé à un client atteint d'hypertension de demeurer au centre pour une vérification de sa tension artérielle, alors que le client diabétique devra revenir à jeun pour un test de glycémie. Par conséquent, la surveillance d'un

trouble médical peut se traduire par trois consultations pour une personne diabétique mais par une consultation seulement pour une personne qui faisait de l'hypertension.

Étant donné le nombre élevé de consultations auprès de l'infirmière, il semble que celle-ci joue un rôle très présent dans le plan de traitement des clients. La situation est particulièrement évidente dans le cas des clients diabétiques, puisque l'infirmière s'est occupée de près des quatre cinquièmes (78 p. 100) des consultations.

Parmi les 225 clients, environ un tiers (34 p. 100) ont vu le médecin seulement une fois durant la période de six mois, ce qui porte fortement à croire que le client voit le médecin une première fois pour le plan de traitement puis qu'il est suivi par une infirmière de « pratique complémentaire ». Une telle constatation est renforcée par le fait que le nombre de consultations auprès du médecin a baissé de façon considérable (voir **section 4.2, tableau 13A**).

Lits d'observation — Le **tableau 5** répartit par catégorie les admissions aux lits d'observation au cours de la période de 12 mois. Sur les 135 admissions, plus de la moitié (53 p. 100) sont classées dans la catégorie des symptômes, signes physiques et troubles mal définis. Cette catégorie regroupe habituellement les problèmes de santé comme les douleurs à la poitrine, les douleurs abdominales, l'essoufflement, etc. Les admissions liées à des facteurs influant sur l'état de santé et l'obtention d'un service de santé constituent la deuxième catégorie en importance (13 p. 100). Cette catégorie comporte surtout les admissions pour les traitements palliatifs et la reprise de traitements.

L'utilisation envisagée pour les lits se limitait à des fins d'observation; la directive précise que la durée de l'admission devrait se limiter à 12 heures et ne pas dépasser 48 heures. Or, le **tableau 6** montre qu'un tiers des séjours ont dépassé la durée maximale de 48 heures, et 20 p. 100 ont dépassé 72 heures. Il s'agit dans ces derniers cas de séjours pour soins palliatifs.

Tableau 5: Admissions aux lits d'observation du CSC, avril 1995 – mars 1996 *

Catégorie de diagnostic	N^bre	%
Symptômes, signes et troubles mal définis	71	53 %
Facteurs influant sur l'état de santé et l'obtention d'un service de santé	17	13 %
Maladies du système circulatoire	11	8 %
Maladies du système respiratoire	8	6 %
Blessures et empoisonnements	7	5 %
Maladies du système digestif	6	4 %
Maladies du système musculo-squelettique et des tissus conjonctifs	5	4 %
Maladies de la peau et des tissus sous-cutanés	3	2 %
Maladies infectieuses et parasitaires	2	2 %
Troubles endocriniens, maladies du métabolisme et de la nutrition, troubles du système immunitaire	1	1 %
Hémopathies et maladies des organes hémotopoïétiques	1	1 %
Troubles mentaux	1	1 %
Non classé	2	2 %
TOTAL	**135**	**100 %**

* *Source: Meditech*

Tableau 6: Durée du séjour pour les admissions d'observation au CSC, avril 1995 – mars 1996 *

Durée du séjour	Total	N^bre moyen de séjours par mois	%
< 12 heures	29	2,4	21,4 %
12–24 heures	24	2,0	17,8 %
24–48 heures	38	3,2	28,2 %
48–72 heures	17	1,4	12,6 %
> 72 heures	27	2,3	20,0 %
TOTAL	**135**	**11,3**	**100,0 %**

* *Source: Meditech*

L'examen des conditions de départ au **tableau 7** permet de constater que près des trois quarts (73 p. 100) des clients ayant séjourné dans un lit d'observation sont rentrés chez eux à l'obtention de leur congé. Les services de soutien à domicile de l'HEM et de la Santé publique ont probablement contribué à cette situation.

Tableau 7: Conditions de départ pour les admissions d'observation du CSC, avril 1995 – mars 1996 *

Conditions de départ	N^bre	%
Retour au domicile	99	73,3 %
DECH	17	12,6 %
Décédé	8	5,9 %
Foyer de soins	6	4,4 %
Autre hôpital	3	2,2 %
TOTAL	**133**	**100,0 %**

* *Source: Meditech*

Recours à l'urgence — Le **tableau 8** montre les consultations à l'urgence du CSC de McAdam au cours de la période d'un an du mois d'avril 1995 à mars 1996. Les consultations d'urgence sont classées dans les catégories suivantes : urgence immédiate, urgence et consultation non urgente.

Tableau 6: Durée du séjour pour les admissions d'observation au CSC, avril 1995 – mars 1996 *

Durée du séjour	Total	N^bre moyen de séjours par mois	%
< 12 heures	29	2.4	21.4 %
12–24 heures	24	2.0	17.8 %
24–48 heures	38	3.2	28.2 %
48–72 heures	17	1.4	12.6 %
> 72 heures	27	2.3	20.0 %
TOTAL	**135**	**11,3**	**100,0 %**

* *Source: Meditech*

L'examen des conditions de départ au **tableau 7** permet de constater que près des trois quarts (73 p. 100) des clients ayant séjourné dans un lit d'observation sont rentrés chez eux à l'obtention de leur congé. Les services de soutien à domicile de l'HEM et de la Santé publique ont probablement contribué à cette situation.

Tableau 7: Conditions de départ pour les admissions d'observation du CSC, avril 1995 – mars 1996 *

Conditions de départ	N^bre	%
Retour au domicile	99	73,3 %
DECH	17	12,6 %
Décédé	8	5,9 %
Foyer de soins	6	4,4 %
Autre hôpital	3	2,2 %
TOTAL	**133**	**100,0 %**

* *Source: Meditech*

Recours à l'urgence — Le **tableau 8** montre les consultations à l'urgence du CSC de McAdam au cours de la période d'un an du mois d'avril 1995 à mars 1996. Les consultations d'urgence sont classées dans les catégories suivantes : urgence immédiate, urgence et consultation non urgente.

Les urgences immédiates (qui demandent un traitement immédiat) comprennent les situations d'essoufflement, de crise épileptique, etc. Les consultations d'urgence (qui demandent un traitement dans l'heure) comprennent les plaintes de douleurs à l'abdomen ou à la poitrine, les saignemens de nez, etc. Les consultations non urgentes (qui nécessitent un traitement dans les 24 heures) comprennent habituellement les otites, les maux de dos, l'enlèvement de points de suture, etc. On constate qu'il y a eu en moyenne 79 consultations par mois. Plus de la moitié (51,8 p. 100) sont classées comme des consultations non urgentes. Si on examine la **figure 5**, on observe que les consultations ne semblent pas suivre de tendance saisonnière. Le nombre de consultations à l'urgence est relativement faible en février, peut-être parce qu'il s'agit d'une période d'inactivité pour certains travailleurs saisonniers qui exploitent de l'équipement dangereux.

Tableau 8: Consultations à l'urgence du CSC de McAdam avril 1995 – mars 1996 *

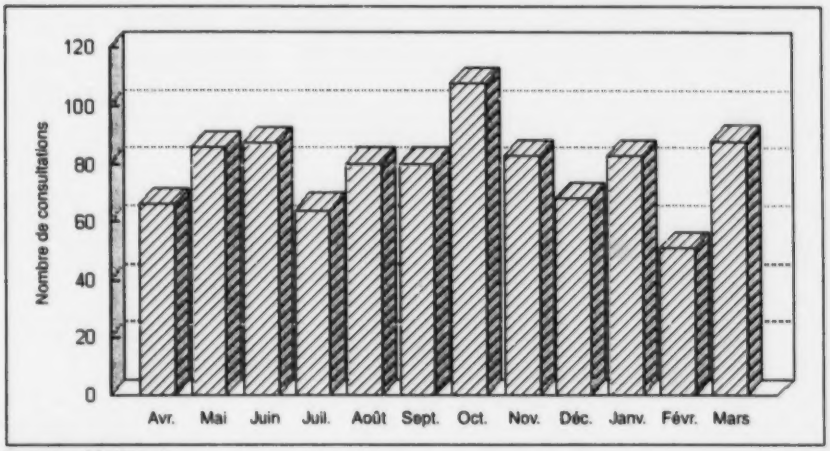
Classement	Total	%	Moyenne par mois
Urgence immédiate	84	8,9%	7,0
Urgence	286	30,3%	23.,8
Consultation non urgente	489	51,8%	40,8
Consultation non codée	85	9.,0%	7,1
TOTAL	**944**	**100,0%**	**78,7**

* *Source: Meditech*

Le **tableau 9** montre que la vaste majorité (69,1 p. 100) des clients venus à l'urgence ont reçu leur congé pour rentrer chez eux suivant leur consultation. Environ 13 p. 100 ont été transférés au DECH, et quelques personnes seulement ont été envoyées à un autre hôpital. Ces données portent à croire que l'urgence du CSC de McAdam s'est acquittée efficacement du traitement et du congé de la plupart de ses b´néficiaires.

Le rapport d'évaluation provisoire du CSC de McAdam révèle une augmentation marquée dans les consultations par les résidents de McAdam à l'urgence des deux hôpitaux de la région, le CCH et le DECH. Le CCH se trouve à environ 60 km du CSC et le DECH, à 100 km. On a donc décidé de continuer à surveiller les consultations à l'urgence de ces hôpitaux. Le **tableau 10** affiche les consultations à l'urgence du DECH et du CCH par des résidents de McAdam au cours des trois dernières années financières; malheureusement, aucune donnée antérieure n'existe. On constate une augmentation marquée (54 p. 100) de l'utilisation du CCH par les résidents de McAdam de 1993-1994 à 1994-1995, mais celle-ci est beaucoup plus modeste en 1995-1996. Cette baisse du taux d'augmentation pourrait indiquer que les gens se sentent plus à l'aise avec le CSC de McAdam et ce qu'il a à offrir.

Figure 5. Consultations mensuelles à l'urgence du CSC avril 1995 – mars 1996



Source: Meditech

Tableau 9: Consultations à l'urgence du CSC de McAdam selon les conditions de départ, avril 1995 – mars 1996 *

Conditions de départ	N^bre	%
Retour au domicile	654	69,1 %
DECH	120	12,7 %
Départ non codé	99	10,5 %
Admission pour observation	35	3,7 %
Autre hôpital	16	1,7 %
Hôpital de Harvey	11	1,2 %
Cabinet du médecin	7	0,7 %
Décédé	3	0,3 %
Hôpital d'Oromocto	1	0,1 %
Hôp. régional de Saint-Jean	1	0,1 %
TOTAL	**947**	**100,0 %**

* *Source des données: Meditech*

Tableau 10: Consultations à l'urgence du DECH et du CCH par les résidents de McAdam *

	CCH		DECH †	
	N^bre	Variation en %	N^bre	Variation en %
1993-1994	126	-	208‡	-
1994-1995	194	54,0 %	225	8,2 %
1995-1996	265	36,6 %	243	8,0 %

* *Source des données : Services d'information du DECH et dossiers médicaux du CCH*

† Étant donné qu'il manque le code postal d'environ 10 p. 100 de toutes les inscriptions à l'urgence du DECH, on a redressé de 10 p. 100 le nombre d'inscriptions de McAdam. Les chiffres indiqués au tableau sont donc redressés à la hausse.

‡ L'année 1993-1994 comporte seulement 11 mois.

À partir des résultats du rapport d'évaluation provisoire du CSC de McAdam, on s'est demandé pourquoi les résidents de McAdam se rendaient à l'urgence d'autres hôpitaux. Pour répondre à cette question, on a effectué une enquête sur le recours aux services d'urgence, décrite à la **section 3.2**. Un examen des résultats de cette enquête, présentés au **tableau 11**, révèle que le motif de bon nombre des consultations n'est pas nécessairement lié au niveau ou à la qualité des services offerts au CSC. En effet, plus d'un tiers (33,8 p. 100) des consultations au DECH concernaient des clients de McAdam envoyés au DECH pour d'autres examens ou traitements, une augmentation qui n'est pas surprenante puisqu'il n'y a plus de lits d'hospitalisation à McAdam. Au CCH, un quart (25,4 p. 100) des consultations à l'urgence parce que leur médecin de famille y réside. Un autre motif fréquemment mentionné pour expliquer le recours à une urgence autre que celle de McAdam est le fait d'être en visite à St. Stephen ou à Fredericton. Plusieurs répondants ont souligné qu'il n'y a pas de médecin à McAdam après les heures régulières. Il se peut alors que la personne ait su qu'il s'agissait d'une urgence suffisamment grave pour nécessiter les soins d'un médecin et, sachant que le médecin de McAdam était seulement disponible sur appel, ait décidé de se rendre au CCH ou au DECH où un médecin était présent.

D'autres motifs connexes fournis pour expliquer le recours à un service d'urgence ailleurs sont « cas dirigé par McAdam » et « services non offerts à McAdam ». Ces deux motifs pris ensemble représentent 40 p. 100 des consultations au DECH. À l'examen des données brutes, on constate que bon nombre de ces consultations ont pour objet des examens en radiographie et en obstétrique.

Malheureusement, en dernière analyse, il est impossible de déterminer si des changements sont survenus dans les motifs d'utilisation d'autres services d'urgence après la mise en oeuvre du projet

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

pilote du CSC. En effet, aucune donnée antérieure au CSC n'est disponible sur les raisons qui motivaient alors le choix de l'urgence à laquelle se rendaient les résidents de McAdam.

Tableau 11: Motifs fournis par les résidents de McAdam pour leur recours aux services d'urgence extérieurs (enquête sur l'utilisation des urgences) *

Motif	DECH (mars – avril 1996)		CCH (janv. – mars 1996)	
	N^bre	%	N^bre	%
Médecin de famille à Fredericton / St. Stephen	6	9,2 %	18	25,4 %
Pas de médecin à McAdam après les heures normales	18	27,7 %	6	8,5 %
Non satisfait du service	1	1,5 %	6	8,5 %
En visite à Fredericton / St. Stephen	4	6,2 %	5	7,0 %
Services non offerts à McAdam	4	6,2 %	6	8,5 %
Dirigé par McAdam	22	33,8 %	5	7,0 %
Désire une 2^e opinion	1	1,5 %	0	0,0 %
Urgence	0	0,0 %	3	4,2 %
Physiothérapie	0	0,0 %	7	9,9 %
Autre	8	12,3 %	6	8,5 %
Non connu	1	1,5 %	9	12,7 %
TOTAL	**65**	**100,0 %**	**71**	**100,0 %**

* *Source des données : Meditech et dossiers médicaux du CCH*

Hospitalisation dans d'autres établissements — Le **tableau 12** montre le nombre de résidents de McAdam hospitalisés à deux hôpitaux voisins, soit le CCH et le DECH. Il se dégage du tableau une observation intéressante sur la différence entre les deux hôpitaux dans le parcours d'admission. En effet, alors que les trois quarts des résidents hospitalisés de McAdam au CCH ont été admis en passant par l'urgence, le pourcentage est considérablement moins élevé pour ce qui est du DECH (50 p. 100 en 1994-1995 et 55 p. 100 en 1995-1996). Une telle situation découle probablement du fait que, dans le cas des hospitalisations non faites par l'urgence, il s'agit de rendez-vous pour des interventions médicales ou chirurgicales et que, le DECH étant l'hôpital régional des résidents de McAdam, on s'attend à ce qu'ils reçoivent un plus grand nombre d'admissions prévues. Une autre

pilote du CSC. En effet, aucune donnée antérieure au CSC n'est disponible sur les raisons qui motivaient alors le choix de l'urgence à laquelle se rendaient les résidents de McAdam.

Tableau 11: Motifs fournis par les résidents de McAdam pour leur recours aux services d'urgence extérieurs (enquête sur l'utilisation des urgences) *

Motif	DECH (mars – avril 1996)		CCH (janv. – mars 1996)	
	N^bre	%	N^bre	%
Médecin de famille à Fredericton / St. Stephen	6	9,2 %	18	25,4 %
Pas de médecin à McAdam après les heures normales	18	27,7 %	6	8,5 %
Non satisfait du service	1	1,5 %	6	8,5 %
En visite à Fredericton / St. Stephen	4	6,2 %	5	7,0 %
Services non offerts à McAdam	4	6,2 %	6	8,5 %
Dirigé par McAdam	22	33,8 %	5	7,0 %
Désire une 2^e opinion	1	1,5 %	0	0,0 %
Urgence	0	0,0 %	3	4,2 %
Physiothérapie	0	0,0 %	7	9,9 %
Autre	8	12,3 %	6	8,5 %
Non connu	1	1,5 %	9	12,7 %
TOTAL	**65**	**100,0 %**	**71**	**100,0 %**

* *Source des données : Meditech et dossiers médicaux du CCH*

Hospitalisation dans d'autres établissements — Le **tableau 12** montre le nombre de résidents de McAdam hospitalisés à deux hôpitaux voisins, soit le CCH et le DECH. Il se dégage du tableau une observation intéressante sur la différence entre les deux hôpitaux dans le parcours d'admission. En effet, alors que les trois quarts des résidents hospitalisés de McAdam au CCH ont été admis en passant par l'urgence, le pourcentage est considérablement moins élevé pour ce qui est du DECH (50 p. 100 en 1994-1995 et 55 p. 100 en 1995-1996). Une telle situation découle probablement du fait que, dans le cas des hospitalisations non faites par l'urgence, il s'agit de rendez-vous pour des interventions médicales ou chirurgicales et que, le DECH étant l'hôpital régional des résidents de McAdam, on s'attend à ce qu'ils reçoivent un plus grand nombre d'admissions prévues. Une autre

explication plausible serait la différence dans les habitudes de pratique des médecins. Certains médecins peuvent préférer hospitaliser leurs patients directement de l'urgence.

Tableau 12: Résidents de McAdam hospitalisés au DECH et au CCH avril 1994 – mars 1996 *

	1994-1995				1995-1996			
	CCH		DECH		CCH		DECH	
	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%
Total	24	100,0 %	201	100,0 %	24	100,0 %	207	100,0 %
Urgence	18	75,0 %	100	49,8 %	17	70,8 %	114	55,1 %
Autre qu'urgence	6	25,0 %	101	50,2 %	67	29,2 %	93	44,9 %
Durée moy. du séjour								
• Résidents de McAdam	5,8		5,6		5,5		6,0	
• Moy. des rés. Hospitalisés	6,1		5,6		5,9		5,6	
Sexe	24	100,0 %	201	100,0 %	24	100,0 %	207	100,0 %
féminin	16	66,7 %	125	62,2 %	14	58,3 %	104	50,2 %
masculin	8	33,3 %	76	37,8 %	10	41,7 %	103	49,8 %
Condition de départ	24	100,0 %	201	100,0 %	21	100,0 %	207	100,0 %
décédé	1	4,2 %	3	1,5 %	3	12,5 %	5	2,4 %
domicile	21	87,5 %	196	97,5 %	16	66,7 %	202	97,6 %
transfert	2	8,3 %	2	1,0 %	2	8,3 %	0	0,0 %
foyer de soins	0	0,0 %	0	0,0 %	3	12,5 %	0	0,0 %

* *Source de données : Services d'information du DECH; dossiers médicaux du CCH*

On ne constate à peu près aucun changement dans le nombre d'admissions pour les deux dernières années. La durée moyenne du séjour est sensiblement la même pour les deux établissements. En comparant les années 1994-1995 et 1995-1996, on constate un déclin marginal de la durée de séjour au CCH alors que l'on constate une légère augmentation au DECH. Toutefois, en 1994-1995, la durée moyenne du séjour pour les patients hospitalisés au DECH était la même que pour les patients de McAdam hospitalisés au DECH, mais en 1995-1996, la durée moyenne de séjour

pour les patients de McAdam hospitalisés était plus élevé que la moyenne au DECH. Pour ces deux années au CCH, la durée moyenne de séjour était moins élevée pour les patients de McAdam hospitalisés par rapport à tous les autres patients hospitalisés. Le tableau indique aussi que la majorité des patients des deux établissements ont regagné leur domicile.

Recours aux médecins — Le **tableau 13A** montre que le nombre de services dispensés aux résidents de la région de McAdam (y compris ceux dispensés par les médecins qui travaillent à l'extérieur de la région de McAdam) a décliné de 43,5 p. 100 pour les omnipraticiens et augmenté de 11,1 p. 100 pour les spécialistes entre 1991-1992 et 1995-1996. Il est à noter encore une fois que les données excluent les services rendus à l'urgence du DECH et du CCH, qui sont rémunérés à vacation. Bien que l'ensemble de la province ait connu cette même tendance, l'amplitude des variations par rapport aux totaux provinciaux est passablement différente. La comparaison avec le **tableau 13B** permet d'observer que le déclin dans les services dispensés aux résidents de McAdam par des omnipraticiens est beaucoup plus marqué que pour l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick (-43,5 p. 100 contre -4,5 p. 100). De plus, la hausse des services spécialisés dispensés aux résidents de McAdam (11,1 p. 100) était sensiblement plus élevée que celle des services dispensés à la population du Nouveau-Brunswick par des spécialistes (0,1 p. 100). Il y a lieu de souligner que les chiffres pour la province couvrent seulement les services médicaux rémunérés à l'acte, tandis que les chiffres pour McAdam comprennent tous les services médicaux. Les changements annuels dans les services médicaux dispensés aux résidents de McAdam sont décrits au moyen d'un graphique dans la **figure 6**.

Tableau 13A: Comparaison de tous les services médicaux dispensés aux résidents de McAdam de 1991-1992 à 1995-1996 †*

Services médicaux	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	Différence entre 1995–1996 et 1991–1992	Variation en % entre 1995–1996 et 1991–1992	Différence entre 1995–1996 et 1993–1994	Variation en % entre 1995–1996 et 1993–1994
Omnipraticiens	15 139	12 863	9 868	9 358	8 554	-6 585	-43,5%	-1 314	-13,3%
Spécialistes	4 116	4 411	4 238	4 101	4 574	458	11,1%	336	7,9%
TOTAL	**19 225**	**17 274**	**14 106**	**13 459**	**13 128**	**-6 097**	**-31,7%**	**-978**	**-6,9%**

* Les services comprennent tous les actes facturés à l'Assurance-maladie.

† *Source des données : Assurance-maladie*

explication plausible serait la différence dans les habitudes de pratique des médecins. Certains médecins peuvent préférer hospitaliser leurs patients directement de l'urgence.

Tableau 12: Résidents de McAdam hospitalisés au DECH et au CCH avril 1994 – mars 1996 *

	1994-1995				1995-1996			
	CCH		DECH		CCH		DECH	
	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%
Total	24	100,0 %	201	100,0 %	24	100,0 %	207	100,0 %
Urgence	18	75,0 %	100	49,8 %	17	70,8 %	114	55,1 %
Autre qu'urgence	6	25,0 %	101	50,2 %	67	29,2 %	93	44,9 %
Durée moy. du séjour								
• Résidents de McAdam	5,8		5,6		5,5		6,0	
• Moy. des rés. Hospitalisés	6,1		5,6		5,9		5,6	
Sexe	24	100,0 %	201	100,0 %	24	100,0 %	207	100,0 %
féminin	16	66,7 %	125	62,2 %	14	58,3 %	104	50,2 %
masculin	8	33,3 %	76	37,8 %	10	41,7 %	103	49,8 %
Condition de départ	24	100,0 %	201	100,0 %	21	100,0 %	207	100,0 %
décédé	1	4,2 %	3	1,5 %	3	12,5 %	5	2,4 %
domicile	21	87,5 %	196	97,5 %	16	66,7 %	202	97,6 %
transfert	2	8,3 %	2	1,0 %	2	8,3 %	0	0,0 %
foyer de soins	0	0,0 %	0	0,0 %	3	12,5 %	0	0,0 %

* *Source de données : Services d'information du DECH; dossiers médicaux du CCH*

On ne constate à peu près aucun changement dans le nombre d'admissions pour les deux dernières années. La durée moyenne du séjour est sensiblement la même pour les deux établissements. En comparant les années 1994-1995 et 1995-1996, on constate un déclin marginal de la durée de séjour au CCH alors que l'on constate une légère augmentation au DECH. Toutefois, en 1994-1995, la durée moyenne du séjour pour les patients hospitalisés au DECH était la même que pour les patients de McAdam hospitalisés au DECH, mais en 1995-1996, la durée moyenne de séjour

pour les patients de McAdam hospitalisés était plus élevé que la moyenne au DECH. Pour ces deux années au CCH, la durée moyenne de séjour était moins élevée pour les patients de McAdam hospitalisés par rapport à tous les autres patients hospitalisés. Le tableau indique aussi que la majorité des patients des deux établissements ont regagné leur domicile.

Recours aux médecins — Le **tableau 13A** montre que le nombre de services dispensés aux résidents de la région de McAdam (y compris ceux dispensés par les médecins qui travaillent à l'extérieur de la région de McAdam) a décliné de 43,5 p. 100 pour les omnipraticiens et augmenté de 11,1 p. 100 pour les spécialistes entre 1991-1992 et 1995-1996. Il est à noter encore une fois que les données excluent les services rendus à l'urgence du DECH et du CCH, qui sont rémunérés à vacation. Bien que l'ensemble de la province ait connu cette même tendance, l'amplitude des variations par rapport aux totaux provinciaux est passablement différente. La comparaison avec le **tableau 13B** permet d'observer que le déclin dans les services dispensés aux résidents de McAdam par des omnipraticiens est beaucoup plus marqué que pour l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick (-43,5 p. 100 contre -4,5 p. 100). De plus, la hausse des services spécialisés dispensés aux résidents de McAdam (11,1 p. 100) était sensiblement plus élevée que celle des services dispensés à la population du Nouveau-Brunswick par des spécialistes (0,1 p. 100). Il y a lieu de souligner que les chiffres pour la province couvrent seulement les services médicaux rémunérés à l'acte, tandis que les chiffres pour McAdam comprennent tous les services médicaux. Les changements annuels dans les services médicaux dispensés aux résidents de McAdam sont décrits au moyen d'un graphique dans la **figure 6**.

Tableau 13A: Comparaison de tous les services médicaux dispensés aux résidents de McAdam de 1991-1992 à 1995-1996 †*

Services médicaux	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	Différence entre 1995-1996 et 1991-1992	Variation en % entre 1995-1996 et 1991-1992	Différence entre 1995-1996 et 1993-1994	Variation en % entre 1995-1996 et 1993-1994
Omnipraticiens	15 139	12 863	9 868	9 358	8 554	-6 585	-43,5%	-1 314	-13,3%
Spécialistes	4 116	4 411	4 238	4 101	4 574	458	11,1%	336	7,9%
TOTAL	**19 225**	**17 274**	**14 106**	**13 459**	**13 128**	**-6 097**	**-31,7%**	**-978**	**-6,9%**

* Les services comprennent tous les actes facturés à l'Assurance-maladie.

† *Source des données : Assurance-maladie*

Tableau 13B: Comparaison des services médicaux dispensés à la population du N.-B. de 1991–1992 à 1995–1996 *

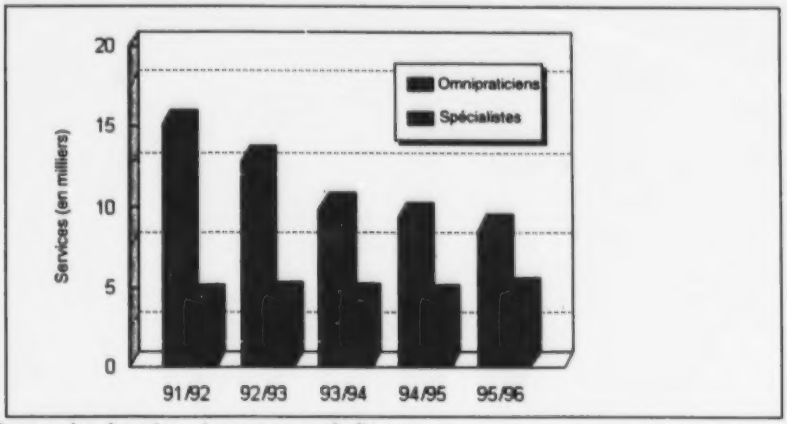
Services médicaux	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	Différence entre 1995–1996 et 1991–1992	Variation en % entre 1995–1996 et 1991–1992	Différence entre 1995–1996 et 1993–1994	Variation en % entre 1995–1996 et 1993–1994
Omnipraticiens	3 936 558	3 926 209	3 848 525	3 998 132	3 759 273	-177 285	-4,5 %	-89 252	-2,3 %
Spécialistes	1 475 000	1 494 320	1 489 661	1 537 677	1 477 162	2 162	0,1 %	-12 499	-0,8 %
TOTAL	**5 411 558**	**5 420 529**	**5 338 186**	**5 535 809**	**5 236 435**	**-175 123**	**-3,2 %**	**-101 751**	**-1,9 %**

* *Source des données : Assurance-maladie*

On peut s'attendre à ce que la mise hors service de 13 lits d'hôpital entraîne une baisse des services médicaux. Toutefois, afin d'examiner comment l'utilisation des services médicaux à McAdam a changée en raison de la diminution du nombre de lits et la mise en oeuvre du modèle communautaire, le **tableau 13 A** compare aussi les changements au niveau de l'utilisation pour les années 1993-1994 jusqu'à 1995-1996. Pendant cette période, les services dispensés par les médecins de famille aux résidents de McAdam ont diminués de 13,3 p. 100 par rapport à 2,3 p. 100 à l'échelle de la province (**tableau 13 B**). Pendant cette même période, les services dispensés par les spécialistes ont augmentés de 7,9 p. 100 à McAdam, mais ont bel et bien diminués de 0,8 p. 100 dans l'ensemble de la province. La baisse quant à l'utilisation des services des médecins de famille à McAdam ajouté au nombre élevé de consultations des infirmières (présenté dans la partie 4,2, tableau 4) pourrait signifier un changement dans les modèles de prestation de services.

On a prétendu que les habitudes de pratique des médecins sont influencées par leur méthode de rémunération (24). Il est souvent mentionné notamment que les médecins qui changent de mode de rémunération pour passer d'un mode de rémunération à l'acte à un mode de rémunération à salaire envoient plus souvent des patients à des spécialistes. L'examen des chiffres indique que bien que les services par les spécialistes ont bel et bien augmenté de 7,9 p. 100 entre les années 1993-1994 et 1995-1996, des fluctuations ont été enregistrées annuellement. À la lumière de ces résultats et en raison du fait qu'il n'y avait que 1,2 ÉTP pour des médecins dans la région, il n'est pas possible pour le moment de tirer des conclusions définitives en ce qui a trait aux modèles d'aiguillage des médecins de la région.

Figure 6. Comparaison des services médicaux aux résidents de McAdam de 1991-1992 à 1995-1996



Source des données : Assurance-maladie

Services par des médecins de l'extérieur — On aurait pu s'attendre à une hausse de la charge de travail des omnipraticiens de l'extérieur de la région de McAdam si les patients de McAdam s'étaient tournés vers d'autres médecins. Or, comme le montre le **tableau 14**, on ne constate aucune augmentation du nombre total de services dispensés aux résidents de McAdam par des omnipraticiens de l'extérieur. En fait, le nombre de services dispensés par un médecin autre que les deux médecins de la région, a baissé à tous les ans de 1991-1992 à 1995-1996 pour une baisse totale de 26,5 p. 100. De 1993-1994 à 1995-1996 les services dispensés par des médecins de l'extérieur de McAdam ont diminués de 2,2 p. 100.

Tableau 14: Services dispensés aux résidents de McAdam par des médecins de l'extérieur[*,†]

Omnipraticiens	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	Différence entre 1995-1996 et 1991-1992	Variation en % entre 1995-1996 et 1991-1992	Différence entre 1995-1996 et 1993-1994	Variation en % entre 1995-1996 et 1993-1994
Services	5 616	4 897	4 218	4 154	4 126	-1 490	-26,5 %	-92	-2,2 %

* Omnipraticiens

† *Source des données : Assurance-maladie*

Tableau 13B: Comparaison des services médicaux dispensés à la population du N.-B. de 1991–1992 à 1995–1996 *

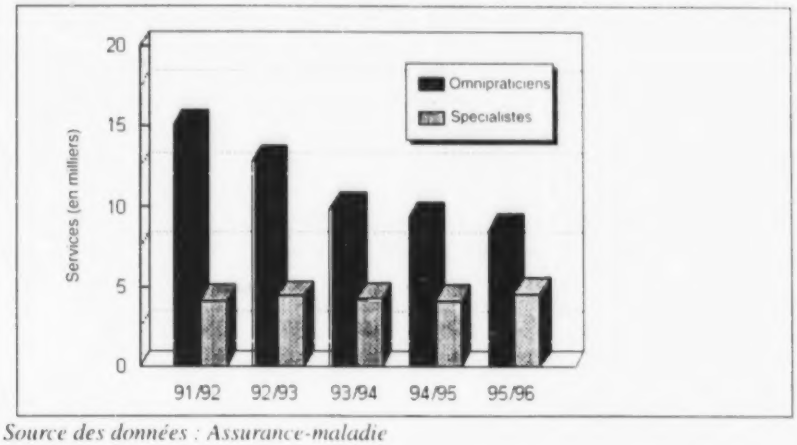
Services médicaux	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	Différence entre 1995–1996 et 1991–1992	Variation en % entre 1995–1996 et 1991–1992	Différence entre 1995–1996 et 1993–1994	Variation en % entre 1995–1996 et 1993–1994
Omnipraticiens	3 936 558	3 926 209	3 848 525	3 998 132	3 759 273	-177 285	-4,5 %	-89 252	-2,3 %
Spécialistes	1 475 000	1 494 320	1 489 661	1 537 677	1 477 162	2 162	0,1 %	-12 499	-0,8 %
TOTAL	**5 411 558**	**5 420 529**	**5 338 186**	**5 535 809**	**5 236 435**	**-175 123**	**-3,2 %**	**-101 751**	**-1,9 %**

* *Source des données : Assurance-maladie*

On peut s'attendre à ce que la mise hors service de 13 lits d'hôpital entraîne une baisse des services médicaux. Toutefois, afin d'examiner comment l'utilisation des services médicaux à McAdam a changée en raison de la diminution du nombre de lits et la mise en oeuvre du modèle communautaire, le **tableau 13 A** compare aussi les changements au niveau de l'utilisation pour les années 1993-1994 jusqu'à 1995-1996. Pendant cette période, les services dispensés par les médecins de famille aux résidents de McAdam ont diminués de 13,3 p. 100 par rapport à 2,3 p. 100 à l'échelle de la province (**tableau 13 B**). Pendant cette même période, les services dispensés par les spécialistes ont augmentés de 7,9 p. 100 à McAdam, mais ont bel et bien diminués de 0,8 p. 100 dans l'ensemble de la province. La baisse quant à l'utilisation des services des médecins de famille à McAdam ajouté au nombre élevé de consultations des infirmières (présenté dans la partie 4.2, tableau 4) pourrait signifier un changement dans les modèles de prestation de services.

On a prétendu que les habitudes de pratique des médecins sont influencées par leur méthode de rémunération (24). Il est souvent mentionné notamment que les médecins qui changent de mode de rémunération pour passer d'un mode de rémunération à l'acte à un mode de rémunération à salaire envoient plus souvent des patients à des spécialistes. L'examen des chiffres indique que bien que les services par les spécialistes ont bel et bien augmenté de 7,9 p. 100 entre les années 1993-1994 et 1995-1996, des fluctuations ont été enregistrées annuellement. À la lumière de ces résultats et en raison du fait qu'il n'y avait que 1,2 ÉTP pour des médecins dans la région, il n'est pas possible pour le moment de tirer des conclusions définitives en ce qui a trait aux modèles d'aiguillage des médecins de la région.

Figure 6. Comparaison des services médicaux aux résidents de McAdam de 1991-1992 à 1995-1996



Source des données : Assurance-maladie

Services par des médecins de l'extérieur — On aurait pu s'attendre à une hausse de la charge de travail des omnipraticiens de l'extérieur de la région de McAdam si les patients de McAdam s'étaient tournés vers d'autres médecins. Or, comme le montre le **tableau 14**, on ne constate aucune augmentation du nombre total de services dispensés aux résidents de McAdam par des omnipraticiens de l'extérieur. En fait, le nombre de services dispensés par un médecin autre que les deux médecins de la région, a baissé à tous les ans de 1991-1992 à 1995-1996 pour une baisse totale de 26,5 p. 100. De 1993-1994 à 1995-1996 les services dispensés par des médecins de l'extérieur de McAdam ont diminués de 2,2 p. 100.

Tableau 14: Services dispensés aux résidents de McAdam par des médecins de l'extérieur[*,†]

Omnipraticiens	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	Différence entre 1995–1996 et 1991–1992	Variation en % entre 1995–1996 et 1991–1992	Différence entre 1995–1996 et 1993–1994	Variation en % entre 1995–1996 et 1993–1994
Services	5 616	4 897	4 218	4 154	4 126	-1 490	-26,5 %	-92	-2,2 %

* Omnipraticiens

† *Source des données : Assurance-maladie*

4.3 La « pratique complémentaire » (Voir figure 1, module 2)

Domaine de pratique : consultations en clinique — Le principe de la collaboration, ou de la « pratique complémentaire », est-il pleinement fonctionnel à McAdam? Les données recueillies pour la présente étude ne permettent pas de donner une réponse définitive à cette question. L'évaluation du fonctionnement de la « pratique complémentaire » a fait appel à des données quantitatives et qualitatives. Deux vérificateurs indépendants ont procédé à une vérification des dossiers médicaux à partir de dossiers choisis au hasard parmi ceux des clients dont le diagnostic était l'hypertension ou le diabète. fourni des données quantitatives explicites sur l'application de deux protocoles de « pratique complémentaire », soit l'hypertension et le diabète. Les outils de vérification ont pris la forme de questions directement liées aux protocoles de pratique pour chaque problème de santé rencontré. Une pondération a été attribuée à chaque question, ce qui a permis de coter chaque dossier médical. Une cote de 6 ou plus indique que les protocoles ont été appliqués pour le dossier en question. Les vérificateurs ont choisi les dossiers médicaux au hasard. Les résultats de la vérification figurent au **tableau 15**.

L'examen des cotes individuelles révèle que seulement 10 (33,3 p. 100) cas d'hypertension ont obtenu la cote indicatrice de 6 ou plus. De même, pour le diabète, seulement 8 (26,7 p. 100) cas ont obtenu la cote indicatrice. Bien qu'on constate un plus grand écart dans les cotes obtenues par la vérification du protocole sur le diabète (ES_m = 0,58) comparativement au protocole sur l'hypertension (ES_m= 0,54), l'écart entre la moyenne de l'échantillon des deux vérifications n'est pas significatif ($t = 0,93$, $\alpha = 0,05$ $_{2\ tail}$ $p \geq 0,05$).

Le nombre peu élevé de dossiers médicaux indiquant qu'il y avait effectivement eu une adhésion au protocole établi et par conséquent, une pratique complémentaire était, de prime abord, troublant. Tout laissait croire qu'il n'y avait eu aucun changement dans le modèle de prestation de services. Toutefois, une analyse plus approfondie a révélé plusieurs raisons expliquant ce résultat.

D'abord les vérificateurs ont signalé que le format des dossiers n'était pas structuré de façon à consigner des renseignements illustrant où et par qui les décision avaient été prises en ce qui a trait aux protocoles. En d'autres mots, la méthode utilisée pour inscrire des renseignements au dossier n'avait pas été modifiée de façon à tenir compte des nouveaux processus énoncés dans les nouveaux protocoles. En rétrospective, il est maintenant évident que si l'on veut utiliser l'inscription des renseignements au dossier en vue de mesurer la pratique collective, les renseignements concernant le client doivent être inscrits de façon à refléter le protocole utilisé. À la lumière de ce résultat le CSC a depuis modifié sa méthode d'inscription de renseignements au dossier pour se conformer aux processus énoncés dans les protocoles afin de signaler où et qui a pris les décisions.

Sheps et Robertson (21), qui ont procédé à un exercice similaire en appliquant des critères qualitatifs explicites à un échantillon de dossiers, ont signalé des problèmes semblables attribuables à des lacunes dans les renseignements consignés. Dans leur étude d'une clinique urbaine de pratique familiale communautaire multidisciplinaire, ils ont choisi des dossiers en fonction d'un critère d'admissibilité qui comprenait au moins un épisode de soins pour l'affection faisant l'objet de l'enquête durant la période de l'étude. La similitude avec l'étude de McAdam est

frappante, car les auteurs ont cerné les mêmes problèmes de consignation des renseignements sur les patients. Ils ont proposé que leur étude serve de référence à une évaluation ultérieure, à mener après la réorganisation de la tenue des dossiers et après la formation du personnel. À McAdam, une nouvelle évaluation pourrait servir à mesurer l'amélioration de la tenue des dossiers médicaux en tenant compte des protocoles. Suivant la réorganisation de la tenue des dossiers et la prestation d'une formation à cet égard, cette évaluation pourrait alors servir à déterminer avec plus de fiabilité si, effectivement, la pratique collective a lieu.

Le deuxième facteur qui a contribué à confondre la vérification des dossiers est que les protocoles de pratique sont entrés en vigueur seulement au cours de la deuxième année du projet. Des dossiers étudiés choisis au hasard provenaient tout probablement de la période où les protocoles venaient tout récemment d'entrer en vigueur et le personnel n'était pas très bien au courant du genre de renseignements qui devaient être inscrits dans les dossiers pour refléter l'adhésion aux protocoles.

Enfin, comme il a été constaté dans le cadre de l'exercice de consultation, il a fallu du temps au personnel de l'équipe pour bien comprendre la philosophie de la « pratique complémentaire ». Il a ensuite fallu du temps pour mettre en pratique cette nouvelle philosophie. L'absence de consignation de renseignements détaillés dans les dossiers en ce qui a trait aux protocoles pourrait expliquer cette incertitude.

Contrairement aux constatations qui ont découlé de la vérification des dossiers, les opinions reçues au sujet de la « pratique complémentaire » montrent plutôt une bonne compréhension de la pratique collective. Interviewées à titre de personnes-ressources, les membres de l'équipe ont montré, au moyen de comptes rendus anecdotiques, qu'ils comprenaient le principe de la « pratique complémentaire », et qu'ils étaient à l'aise avec ce concept. Tous ont admis ne pas comprendre le concept au début, ni comment fonctionner à l'intérieur d'un tel cadre; mais, avec le temps, et avec de la formation, le degré d'aisance et de compréhension s'est amélioré.

Pour approfondir le degré de compréhension que le personnel a du principe de la « pratique complémentaire », on a demandé au personnel de fournir des exemples explicites qui illustrent la mise en application du concept de la collaboration. À partir des exemples fournis ci-dessous, il est évident que les éléments de la « pratique complémentaire » sont présents, soit le triage initial, un aiguillage approprié vers un membre de l'équipe de la « pratique complémentaire », et le suivi. Les exemples fournis montrent clairement que le modèle de la « pratique complémentaire » fonctionne.

Finalement, certaines des données d'utilisation déjà présentées offrent une preuve secondaire qu'il y a bien eu une pratique collective à McAdam. Par exemple, un grand nombre de visites à l'infirmière à la suite de diagnostics confirmés d'hypertension ou de diabète suggèrent que les médecins ont aiguillé les patients à l'infirmière pour un suivi et de l'éducation (**Tableau 4**).

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Le "client 1" avait l'habitude de venir régulièrement à l'hôpital, lorsque l'établissement était encore un hôpital, pour des vérifications de son taux de glycémie. À la création du Centre de santé, cette personne a commencé à voir l'infirmière. Puis, le programme pour diabétiques a été instauré, ce qui signifie un dépistage annuel, et le protocole sur le diabète est entré en vigueur. Nous avons informé la personne du programme, et elle s'est dite intéressée à y participer. Cette année, au moment du dépistage annuel, nous avons constaté qu'une des analyses sanguines affichait un résultat pas mal différent de celui de l'année précédente. Nous avons donc posé des questions, et il s'est avéré que la personne éprouvait des problèmes mais n'en avait pas parlé. L'infirmière a donc pris des dispositions pour faire passer d'autres examens de dépistage; au retour des résultats, elle a envoyé la personne voir le médecin, qui à son tour a prescrit d'autres examens. Les examens ont confirmé la présence d'une maladie grave, et un spécialiste a pris la relève. Nous assurerons le suivi au CSC après la consultation du spécialiste. Voici l'exemple d'une personne qui aurait passé une autre année à se sentir misérable jusqu'à être trop malade pour être soignée. Nous avons bon espoir que l'issue de la maladie sera favorable pour cette personne.

CSC de McAdam

Domaine de pratique : l'urgence — L'autre module susceptible d'appliquer la « pratique complémentaire » est l'urgence. Dans ce service, les infirmières peuvent s'occuper de l'évaluation, du traitement et du congé des clients, conformément aux protocoles établis. On constate, à la suite de l'examen des données d'utilisation de l'urgence (**Section 4.2**), qu'un total de 944 consultations ont eu lieu à l'urgence du CSC durant la période allant d'avril 1995 à mars 1996. De ces consultations, seulement 94 (10 p. 100) peuvent être classées selon les six protocoles de l'urgence; de plus, parmi ces consultations, seulement 37 clients (39 p. 100) ont été vus et ont obtenu leur congé de l'infirmière. Les données révèlent toutefois également que l'infirmière a traité 367 autres clients. Or, comme ces consultations n'étaient pas visées par un protocole, l'infirmière a dû aviser le médecin. Il s'agissait principalement de prescrire des analgésiques pour des cas de rhume ou de grippe. Au total, on constate que l'infirmière s'est occupée de 404 consultations à l'urgence (43 p. 100) du CSC, soit seule, conformément aux protocoles, soit sous les ordres du médecin.

Le faible nombre de consultations visées par les six protocoles de pratique par rapport au nombre total de consultations (944) est curieux. L'examen des données confirme que les protocoles actuels ne couvrent pas les problèmes médicaux les plus souvent rencontrés à l'urgence de McAdam. Il semblerait donc que ces protocoles ne sont pas pertinents et qu'ils sont, par conséquent, relativement peu utiles pour renforcer la pratique collective. En effet, il serait probablement plus utile d'élaborer des protocoles pour les cas de rhume et de grippe.

Tableau 15: Données de la vérification des dossiers : indications de « pratique complémentaire »

PROTOCOLE HYPERTENSION (n=30)			**PROTOCOL SUR LA DIABÈTE (n=30)**		
Dossier N°	Cote	$\Sigma_x = 137$	Dossier N°	Cote	$\Sigma_x = 115$
1	1		1	6	
2	2	$\bar{x} = 4,57$	2	5	$\bar{x} = 3,83$
3	5		3	0	
4	4	$SS_N = \Sigma x^2-(\Sigma x)^2/N$	4	2	$SS_D = \Sigma x^2-(\Sigma x)^2/N$
5	2		5	5	
6	4	= 255,37	6	4	= 290,17
7	14		7	9	
8	6	$S^2 = ss/dl = 8,81$	8	6	$S^2 = ss/dl = 10,00$
9	0		9	2	
10	4	dl =29	10	0	dl =29
11	5		11	6	
12	3	$ES_m=0,54$	12	2	$ES_m=0,58$
13	5		13	2	
14	9		14	2	
15	2		15	10	
16	7		16	3	
17	7		17	5	
18	7	Où $\bar{x}$ = cote moyenne	18	5	
19	8	S^2 = variance	19	0	
20	5	dl = degré de liberté	20	0	
21	3	ES_m=erreur standard	21	9	
22	7		22	4	
23	2		23	3	
24	4		24	3	
25	4		25	8	
26	0		26	7	
27	7		27	0	
28	6		28	2	
29	2		29	0	
30	2		30	5	

Catégorie	**n**
Nouvellement diagnostiqué / médication	1
Maintien / médication	18
Maintien / mode de vie	6
Nouvellement diagnostiqué / mode de vie	5

Catégorie	**n**
Nouvellement diagnostiqué	2
Maintien	28

1. Sélection aléatoire d'un échantillon de dossiers, du 1er avril 1995 au 31 mars 1996.
2. Entrées aux dossiers évaluées et cotées en rapport avec les protocoles de pratique.
3. Vérificateurs : Betty M[ac]Williams, i.i.
   Anthony Lordon, M.D.

Le "client 1" avait l'habitude de venir régulièrement à l'hôpital, lorsque l'établissement était encore un hôpital, pour des vérifications de son taux de glycémie. À la création du Centre de santé, cette personne a commencé à voir l'infirmière. Puis, le programme pour diabétiques a été instauré, ce qui signifie un dépistage annuel, et le protocole sur le diabète est entré en vigueur. Nous avons informé la personne du programme, et elle s'est dite intéressée à y participer. Cette année, au moment du dépistage annuel, nous avons constaté qu'une des analyses sanguines affichait un résultat pas mal différent de celui de l'année précédente. Nous avons donc posé des questions, et il s'est avéré que la personne éprouvait des problèmes mais n'en avait pas parlé. L'infirmière a donc pris des dispositions pour faire passer d'autres examens de dépistage; au retour des résultats, elle a envoyé la personne voir le médecin, qui à son tour a prescrit d'autres examens. Les examens ont confirmé la présence d'une maladie grave, et un spécialiste a pris la relève. Nous assurerons le suivi au CSC après la consultation du spécialiste. Voici l'exemple d'une personne qui aurait passé une autre année à se sentir misérable jusqu'à être trop malade pour être soignée. Nous avons bon espoir que l'issue de la maladie sera favorable pour cette personne.

CSC de McAdam

Domaine de pratique : l'urgence — L'autre module susceptible d'appliquer la « pratique complémentaire » est l'urgence. Dans ce service, les infirmières peuvent s'occuper de l'évaluation, du traitement et du congé des clients, conformément aux protocoles établis. On constate, à la suite de l'examen des données d'utilisation de l'urgence (**Section 4.2**), qu'un total de 944 consultations ont eu lieu à l'urgence du CSC durant la période allant d'avril 1995 à mars 1996. De ces consultations, seulement 94 (10 p. 100) peuvent être classées selon les six protocoles de l'urgence; de plus, parmi ces consultations, seulement 37 clients (39 p. 100) ont été vus et ont obtenu leur congé de l'infirmière. Les données révèlent toutefois également que l'infirmière a traité 367 autres clients. Or, comme ces consultations n'étaient pas visées par un protocole, l'infirmière a dû aviser le médecin. Il s'agissait principalement de prescrire des analgésiques pour des cas de rhume ou de grippe. Au total, on constate que l'infirmière s'est occupée de 404 consultations à l'urgence (43 p. 100) du CSC, soit seule, conformément aux protocoles, soit sous les ordres du médecin.

Le faible nombre de consultations visées par les six protocoles de pratique par rapport au nombre total de consultations (944) est curieux. L'examen des données confirme que les protocoles actuels ne couvrent pas les problèmes médicaux les plus souvent rencontrés à l'urgence de McAdam. Il semblerait donc que ces protocoles ne sont pas pertinents et qu'ils sont, par conséquent, relativement peu utiles pour renforcer la pratique collective. En effet, il serait probablement plus utile d'élaborer des protocoles pour les cas de rhume et de grippe.

Tableau 15: Données de la vérification des dossiers : indications de « pratique complémentaire »

PROTOCOLE HYPERTENSION (n=30)			**PROTOCOL SUR LA DIABÈTE (n=30)**		
Dossier N°	Cote		Dossier N°	Cote	
		$\sum_x = 137$			$\sum_x = 115$
1	1		1	6	
2	2	$\bar{x} = 4.57$	2	5	$\bar{x} = 3.83$
3	5		3	0	
4	4	$SS_x = \sum x^2-(\sum x)^2/N$	4	2	$SS_D = \sum x^2-(\sum x)^2/N$
5	2		5	5	
6	4	= 255.37	6	4	= 290.17
7	14		7	9	
8	6	S^2 = ss/dl = 8.81	8	6	S^2 = ss/dl = 10.00
9	0		9	2	
10	4	dl =29	10	0	dl =29
11	5		11	6	
12	3	ES_m=0.54	12	2	ES_m=0.58
13	5		13	2	
14	9		14	2	
15	2		15	10	
16	7		16	3	
17	7		17	5	
18	7	Où $\bar{x}$ = cote moyenne	18	5	
19	8	S^2 = variance	19	0	
20	5	dl = degré de liberté	20	0	
21	3	ES_m=erreur standard	21	9	
22	7		22	4	
23	2		23	3	
24	4		24	3	
25	4		25	8	
26	0		26	7	
27	7		27	0	
28	6		28	2	
29	2		29	0	
30	2		30	5	

Catégorie	**n**
Nouvellement diagnostiqué / médication	1
Maintien / médication	18
Maintien / mode de vie	6
Nouvellement diagnostiqué / mode de vie	5

Catégorie	**n**
Nouvellement diagnostiqué	2
Maintien	28

1. Sélection aléatoire d'un échantillon de dossiers, du 1er avril 1995 au 31 mars 1996.
2. Entrées aux dossiers évaluées et cotées en rapport avec les protocoles de pratique.

3. Vérificateurs : Betty Mdc Williams, I.I.
Anthony Lordon, M.D.

Le "client 2" s'est présenté à une de nos séances de vaccination à l'automne. La personne en a profité pour dire à l'infirmière à quel point elle se sentait mal. Partant des indices que lui a donné la personne, l'infirmière a décidé de faire une analyse du taux de glycémie, qui s'est révélé extrêmement élevé. Alors, suivant le protocole sur le diabète qui venait d'entrer en vigueur, l'infirmière a envoyé la personne voir le médecin immédiatement. Au cours de la semaine qui a suivi, la personne a subi de nouveaux examens, qui ont confirmé son état diabétique. Elle a entrepris son traitement et est retournée voir l'infirmière pour recevoir de l'information. Un membre de la famille a accompagné le client pour s'informer sur le diabète, et l'infirmière l'a dirigé vers la diététiste pour des conseils en diététique. Donc, en six ou sept jours, on a diagnostiqué l'état du client, on l'a traité et on a commencé à l'éduquer. Chaque fois que nous voyons cette personne, elle nous remercie d'avoir trouvé le problème et se dit soulagée d'avoir de l'aide pour le contrôler. La personne va très bien. *CSC de McAdam*

Le "client 3" a pris part à un programme Bien vieillir donné par l'une des infirmières. On a fait des examens, y compris la mesure du taux de cholestérol. Or, les résultats ont montré qu'il avait peut-être un problème de cholestérolémie élevée. Comme il y avait des antécédents de maladie cardiaque des deux côtés de la famille du client, l'infirmière l'a dirigé vers le médecin et la diététiste. La personne s'est dite soulagée d'avoir obtenu une telle aide, qui contribuera peut-être à prévenir les problèmes cardiaques que d'autres membres de sa famille ont connus.

CSC de McAdam

4.4 Élaboration et prestation de programmes communautaires (Voir figure 1, module 1)

Comme l'observent Wanke et al. (25), deux dimensions importantes relatives à l'information sont à retenir avant l'établissement des priorités en programmation communautaire. La première est celle-ci : la perception qu'a le public de ses propres besoins et des besoins collectifs en matière de santé dans sa collectivité; la deuxième : la perception qu'a la collectivité des genres et des niveaux de services qui sont les plus pertinents pour répondre à ses préoccupations. L'outil le plus souvent utilisé pour recueillir de l'information sur ces deux dimensions est un questionnaire d'évaluation des besoins.

Évaluation des besoins — Comme il est noté dans l'**Introduction** du présent rapport, on a mené à McAdam une enquête sur l'évaluation des besoins (7) avant la date de démarrage du projet qui consistait en un questionnaire à remplir soi-même. On a distribué le questionnaire aux seuls ménages du village. Comme aucun essai préliminaire n'a eu lieu, le choix du moment (l'été), la conception, plus une question imprévue d'alphabétisation, ont fait que le taux de réponse global s'est situé sous les 30 p. 100. Il n'en reste pas moins que la plupart des répondants sont des personnes âgées, de sorte que des renseignements importants sur leur mode de vie ont été obtenus. Parmi les préoccupations mentionnées : la solitude, le tabagisme et l'alcoolisme. Malheureusement, vu la sous-représentation de la collectivité à l'enquête, notamment les jeunes familles, l'enquête sur l'évaluation des besoins ne s'est pas avérée aussi utile qu'elle aurait pu. Cette lacune est ressortie durant le groupe de réflexion tenu avec le Comité d'action interdisciplinaire.

Le "client 2" s'est présenté à une de nos séances de vaccination à l'automne. La personne en a profité pour dire à l'infirmière à quel point elle se sentait mal. Partant des indices que lui a donné la personne, l'infirmière a décidé de faire une analyse du taux de glycémie, qui s'est révélé extrêmement élevé. Alors, suivant le protocole sur le diabète qui venait d'entrer en vigueur, l'infirmière a envoyé la personne voir le médecin immédiatement. Au cours de la semaine qui a suivi, la personne a subi de nouveaux examens, qui ont confirmé son état diabétique. Elle a entrepris son traitement et est retournée voir l'infirmière pour recevoir de l'information. Un membre de la famille a accompagné le client pour s'informer sur le diabète, et l'infirmière l'a dirigé vers la diététiste pour des conseils en diététique. Donc, en six ou sept jours, on a diagnostiqué l'état du client, on l'a traité et on a commencé à l'éduquer. Chaque fois que nous voyons cette personne, elle nous remercie d'avoir trouvé le problème et se dit soulagée d'avoir de l'aide pour le contrôler. La personne va très bien. *CSC de McAdam*

Le "client 3" a pris part à un programme Bien vieillir donné par l'une des infirmières. On a fait des examens, y compris la mesure du taux de cholestérol. Or, les résultats ont montré qu'il avait peut-être un problème de cholestérolémie élevée. Comme il y avait des antécédents de maladie cardiaque des deux côtés de la famille du client, l'infirmière l'a dirigé vers le médecin et la diététiste. La personne s'est dite soulagée d'avoir obtenu une telle aide, qui contribuera peut-être à prévenir les problèmes cardiaques que d'autres membres de sa famille ont connus.

CSC de McAdam

4.4 Élaboration et prestation de programmes communautaires (Voir figure 1, module 1)

Comme l'observent Wanke et al. (25), deux dimensions importantes relatives à l'information sont à retenir avant l'établissement des priorités en programmation communautaire. La première est celle-ci : la perception qu'a le public de ses propres besoins et des besoins collectifs en matière de santé dans sa collectivité; la deuxième : la perception qu'a la collectivité des genres et des niveaux de services qui sont les plus pertinents pour répondre à ses préoccupations. L'outil le plus souvent utilisé pour recueillir de l'information sur ces deux dimensions est un questionnaire d'évaluation des besoins.

Évaluation des besoins — Comme il est noté dans l'**Introduction** du présent rapport, on a mené à McAdam une enquête sur l'évaluation des besoins (7) avant la date de démarrage du projet qui consistait en un questionnaire à remplir soi-même. On a distribué le questionnaire aux seuls ménages du village. Comme aucun essai préliminaire n'a eu lieu, le choix du moment (l'été), la conception, plus une question imprévue d'alphabétisation, ont fait que le taux de réponse global s'est situé sous les 30 p. 100. Il n'en reste pas moins que la plupart des répondants sont des personnes âgées, de sorte que des renseignements importants sur leur mode de vie ont été obtenus. Parmi les préoccupations mentionnées : la solitude, le tabagisme et l'alcoolisme. Malheureusement, vu la sous-représentation de la collectivité à l'enquête, notamment les jeunes familles, l'enquête sur l'évaluation des besoins ne s'est pas avérée aussi utile qu'elle aurait pu. Cette lacune est ressortie durant le groupe de réflexion tenu avec le Comité d'action interdisciplinaire.

Détermination et coordination des programmes — Le Comité d'action interdisciplinaire est décrit ailleurs dans le présent rapport. Il ne faudrait pas sous-estimer son rôle dans la programmation communautaire. Ses membres se perçoivent comme « les yeux et les oreilles » de la collectivité, et ils apportent à la planification une importante perspective. Au cours de la première année du projet, le Comité s'est réuni aux deux semaines. Depuis peu, les réunions sont devenues mensuelles. Un procès-verbal exhaustif est dressé et distribué. Voici un exemple du travail de ce Comité :

> « À l'automne 1995, le Comité d'action interdisciplinaire discute de la difficulté pour les familles de prendre soin de leurs proches à domicile. Les clients obtenant un congé précoce, il faut de plus en plus de membres des familles pour prendre soin d'une personne en convalescence, ou même mourante. Ce rôle n'est souvent pas familier, et beaucoup connaissent l'épuisement. Le Comité d'action interdisciplinaire détermine alors qu'il serait très utile comme ressource pour les familles de pouvoir leur offrir une série de vidéos qui enseignent la base des soins infirmiers. Les vidéos pourraient être prêtés aux dispensateurs de soins familiaux. Cette initiative met en branle l'établissement de partenariats parmi les dispensateurs de services de santé de la région et Communications Nouveau-Brunswick, dont découle une série de vidéos tournés à McAdam avec une famille locale qui a bien voulu partager son expérience. » [Traduction.]

Les consultations de la clientèle au CSC sont un autre moyen grâce auquel le personnel en vient à reconnaître les problèmes récurrents et à élaborer des programmes conformes aux besoins. Par exemple, c'est de cette façon qu'on a élaboré le programme de contrôle des migraines.

Enfin, des programmes peuvent être élaborés en réponse à des demandes d'organisations communautaires, comme les écoles et les groupes de jeunes. Une telle demande a donné lieu à la mise au point d'un programme sur le lavage des mains.

Dans l'ensemble, les points saillants suivants décrivent les activités de programmation communautaire :

- 649 personnes ont fréquenté les programmes, ce qui a donné lieu à environ 998 consultations en personne, donc au moins le tiers ont participé à plus d'un programme;
- 24 programmes communautaires ont été élaborés et offerts;
- 104 présentations ont été faites dans la collectivité;
- tous les programmes ont découlé d'une demande de la collectivité, sous une forme ou une autre.

Le **tableau 16** présente un relevé détaillé des programmes offerts durant l'année financière écoulée.

Tableau 16: Résumé des programmes de 1995–1996 *

Programme	Participation	Instigateur	Question de santé
Cours sur le diabète	14	CSM	diabète
Hypertension	7	collectivité / ÉB	hypertension
Expo-santé — femmes	50	CID	santé des femmes
Expo-santé — niveau secondaire	7 à 12e année et personnel	Comité de santé de l'école	santé des adolescents
Ménopause	11	EESF	ostéoporose, ménopause
Poids-santé	5	EESF	santé mentale, mode de vie
Asthme	11	collectivité / ÉB	asthme
Cours prénatals en groupe	14 (7 couples)	CSM	grossesse
Cours prénatals individuels	2 (1 couple)	collectivité	grossesse
Bien vieillir	9 (continu)	collectivité / ÉB	attitude positive face au vieillissement
Little Locomotives	5	collectivité	l'art d'être parent
Niveau élémentaire — lavage des mains	maternelle à 6e année	collectivité	hygiène
Niveau élémentaire — santé	maternelle	collectivité	mieux-être / santé
Dépistage de l'hypertension	170	collectivité / ÉB	hypertension
Série de vidéos	s/o	CID	Soutien à domicile
Waukelhegan Manor	8	CID	attitude positive face au vieillissement
Étincelles (guides) — lavage des mains	8	collectivité	hygiène
Cuisines collectives	4 cuisinant pour 8	CID	autonomie fonctionnelle
Niveau secondaire — promotion de la santé	15 élèves	collectivité	santé des adolescents
Marche pour l'ostéoporose	35–40	EESF/collectivité	ostéoporose
Renoncement au tabac	téléspectateurs 1 inscription	ÉB, EESF, CID	tabagisme
Santé du coeur	6	CSM	maladies cardiaques
Randonnée à bicyclette, Fondation des maladies du coeur du Canada	29 inscriptions	CSM	maladies du coeur
Contrôle de la migraine	3 continu	CSM	migraines

* Légende : CSM – Centre de santé de McAdam; CID – Comité interdisciplinaire; EESF – Enquête de l'Expo-santé pour les femmes; ÉB – Évaluation des besoins.

Source : CSC de McAdam

Promotion des programmes auprès de la population — On a accordé beaucoup d'importance à la promotion des services et des programmes du CSC. Dans ce but, on a adopté des stratégies de promotion, allant de chroniques régulières sur la santé dans le journal local à l'affichage d'avis annonçant les cliniques et les programmes à venir à des endroits stratégiques de la collectivité, en passant par la rédaction d'articles dans des revues professionnelles. De plus, le personnel a activement accueilli les visiteurs au CSC et fait des exposés sur le modèle devant des groupes d'intérêt particuliers.

Programmation en tant qu'outil de perfectionnement du personnel — Le rôle de la programmation communautaire dans le perfectionnement du personnel est un résultat imprévu. Avant la 2e année du projet, les infirmières participaient à peine aux initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies. Elles ne se voyaient pas dans un autre rôle important au CSC que celui de dispenser des soins à la clinique ou aux patients dans les lits de courte durée. L'infirmière clinicienne spécialisée V a été recrutée spécialement pour l'élaboration de la programmation communautaire. Elle a travaillé avec les membres du personnel pour les aider à perfectionner et à employer leurs compétences de façon à acquérir une meilleure compréhension du concept de l'équipe interdisciplinaire. À en juger par les observations formulées en groupe de réflexion par les professionnels de la santé, il est évident que les infirmières reconnaissent qu'il y a eu une réorientation de la perception qu'elles ont de leur rôle professionnel et de leur degré d'engagement à l'égard du projet. Les programmes communautaires sont un facteur parmi d'autres qui ont amené une telle situation. Ils constituent aussi un mécanisme qui favorise l'intégration et l'interrelation des activités communautaires et des activités internes. Cette approche intégrée a eu comme effet de renforcer davantage la structure des services de santé remodelés et d'aider l'équipe de la « pratique complémentaire » à apprécier la nature dynamique de son rôle.

Réponse de la population à la programmation — Il est ressorti des groupes de réflexion tenus avec des membres de la collectivité que le public est certainement sensibilisé aux genres de programmes offerts. La population apprécie en particulier les efforts du personnel du CSC et lui attribue la responsabilité de la qualité des services fournis. Les membres du personnel sont connus de la population, et on respecte leur professionnalisme et leur accessibilité. Plusieurs groupes ont mentionné qu'ils appréciaient beaucoup la faculté d'adaptation du Centre pour ce qui est de la mise sur pied de programmes pour les employés, les membres des familles et d'autres membres de la collectivité, et en particulier la facilité d'accès. Selon les participants, les programmes traitant des préoccupations en matière de santé sont l'un des moyens qui ont aidé les résidents à acquérir une confiance accrue dans leur capacité d'atteindre une plus grande autonomie.

Coordination parmi les dispensateurs de services — Il avait été prévu à l'origine que d'autres services de santé s'installeraient au CSC. Jusqu'à présent, seuls les professionnels de l'HEM et de la santé mentale se servent du CCS comme lieu de prestation de programmes. Bien que des dispensateurs de services de santé d'autres organismes soient membres du Comité d'action interdisciplinaire, ils ne semblent pas profiter de l'occasion pour planifier et coordonner leurs services avec ceux offerts par l'entremise du CSC. De plus, certains dispensateurs, la Santé publique notamment, se disent préoccupés du fait qu'il y aurait chevauchement de services. On a ainsi donné comme exemple les services prénatals qui sont dispensés à la fois par la Santé publique

et par le CSC. S'ajoute au problème le fait que les deux organismes diffèrent quant à leur façon d'aborder la prestation de services : s'agit-il de responsabiliser le client ou de faire les choses pour lui? Il semblerait que des discussions soient nécessaires pour clarifier les domaines et les principes de pratique. (Voir **l'annexe J.**)

Questions non résolues — Deux groupes de réflexion ont mentionné d'autres services et programmes qui, à leur avis, profiteraient à la collectivité. On a fait les suggestions suivantes : soins de la vue, soins dentaires, orthophonie, garde des enfants, dépendance à l'alcool et mieux-être. Les soins dentaires demeurent un problème continuel qui n'est toujours pas réglé. Il n'y a pas de dentiste sur place, et la population n'est pas assez nombreuse pour supporter un dentiste à temps plein. Un hygiéniste dentaire serait une bonne solution de rechange, sauf que les règlements qui régissent la profession interdisent aux hygiénistes dentaires d'exercer leur profession s'il n'y a pas de dentiste présent dans les mêmes locaux. Pour résoudre le problème, des modifications à la réglementation de la profession auraient besoin d'être apportées. Entre-temps, on songe à prendre des arrangements avec l'école pour amener les enfants par autobus à St. Stephen ou à Fredericton pour des rendez-vous de groupe chez le dentiste.

Bien que les comptes rendus anecdotiques brossent un portrait favorable de l'utilité perçue des programmes, ils ne permettent pas de mesurer si des modifications positives ont eu lieu dans les comportements ou si la santé des gens s'est améliorée. L'acquisition de connaissances ne garantit pas l'action. Plusieurs méthodes s'offrent pour déterminer si, effectivement, les comportements et la santé ont changé. La première serait une étude longitudinale à l'aide d'indicateurs de l'état de santé afin de mesurer la santé et les habitudes de la vie quotidienne d'un échantillon de clients ayant participé aux programmes et reçu des services du CSC. Il s'agirait toutefois d'une activité à long terme, qui n'était pas faisable dans les limites de temps de la présente étude d'évaluation.

Enfin, comme le projet est en marche depuis presque deux ans, le moment est peut-être bien choisi pour planifier une nouvelle enquête sur l'évaluation des besoins, surtout étant donné l'utilité restreinte de la première enquête. Bien conçue et bien administrée, une étude de l'évaluation des besoins serait utile pour élaborer des stratégies de planification pour les années à venir, fondées sur les besoins déterminés des résidents. De plus, cette enquête pourrait servir à faire en sorte que les programmes offerts soient toujours des priorités aux yeux de la population.

4.5 Formation du personnel

Des études montrent l'importance de promouvoir la formation des dispensateurs de soins primaires afin qu'ils puissent répondre aux besoins de la collectivité en matière de santé (26). Pour ce qui est du projet de McAdam, la participation des infirmières à la programmation communautaire a reçu un appui consciencieux tant à l'interne qu'au moyen de programmes éducatifs à leur intention. Les possibilités de formation étaient étroitement liées aux engagements professionnels des infirmières, de sorte qu'elles puissent mettre en pratique ce qu'elles apprenaient. En d'autres termes, on a déterminé les besoins individuels des infirmières en matière de formation, et elles ont ainsi reçu une formation dans leurs domaines précis de travail au CSC. Des exemples de possibilités de formation : ateliers sur l'hypertension et sur le diabète, planification de programmes et soins spécialisés en réanimation cardiaque (SSRC). Le médecin à temps plein a lui aussi terminé

récemment le cours de SSRC. En ce qui a trait à la formation donnée à l'interne, les infirmières ont assisté notamment à une séance de recyclage sur la méthode uniformisée de prise de la tension artérielle. Certaines activités de formation sont continues, comme les cours de SSRC à l'intention de tout le personnel. Le personnel a aussi reçu une formation sur l'utilisation du système informatique *Meditech*.

Contrairement aux infirmières et au médecin à temps plein, les possibilités de formation pour les autres membres de l'équipe de la « pratique complémentaire » ne sont pas directement liées au budget du CSC. Les postes de médecin à temps partiel, de diététiste, de pharmacien et de physiothérapeute relèvent d'autres budgets, qui peuvent prévoir des possibilités de formation. Il n'est donc pas étonnant de constater que la plupart des possibilités de formation au CSC ont visé les infirmières qui, en fin de compte, sont les personnes qui sont le plus fréquemment en contact avec la clientèle et qui ont besoin d'élargir leur bagage de connaissances pour s'acquitter de la fonction de triage initial, ainsi que pour travailler efficacement dans un contexte de prestation de services par gestion de cas.

Le **tableau 17** contient des exemples de possibilités de formation offertes en 1995-1996 et une justification de la participation.

4.6 Degré de satisfaction

Deux variables ont servi à juger du degré de satisfaction des résidents de la région et du personnel du CSC à l'égard du modèle de McAdam. La première est l'utilisation des services et la participation. Les données sur la participation sont particulièrement utiles lorsqu'il s'agit de comparer la satisfaction à l'égard de différents mécanismes de prestation de services (27) tel que celui de McAdam. Le recours aux services et au personnel par les résidents de la région ainsi que la participation aux programmes peuvent donner une indication de la confiance à l'égard des services et programmes offerts.

La seconde variable servant à mesurer la satisfaction consiste dans les perceptions et les opinions du groupe cible concerné. Dans ce cas-ci, la consultation des groupes de réflexion, plusieurs entrevues en personne avec des personnes-ressources, puis une enquête téléphonique et une lettre d'une entreprise locale ont fourni aux évaluateurs les points de vue des résidents de la région et du personnel du CSC (voir les rapports des consultants, **annexes G**, **H**, **I** et **K**), ainsi que l'opinion des intervenants de la Santé publique et de l'HEM sur la collaboration (**annexe J**).

Satisfaction du personnel — Que les opinions aient été recueillies par entrevue téléphonique ou au cours des séances des groupes de réflexion, tous les répondants – les membres de l'équipe de « pratique complémentaire » et le reste du personnel – ont déclaré avoir eu, au début, certaines réserves et des doutes au sujet du projet. Les réserves des infirmières venaient du manque de précision des rôles et des responsabilités et d'un manque de compréhension du fonctionnement du modèle. « Nous lisions des articles au sujet du Centre sans nous y reconnaître. Par exemple, nous pensions qu'il devait y avoir seulement une infirmière de « pratique complémentaire », mais nous nous sommes ensuite rendu compte que nous avions toutes un rôle à jouer. » Dans les débuts, il n'y avait aucun mécanisme en place pour initier le personnel à leurs nouveaux rôles, et, le modèle étant une première au Nouveau-Brunswick, « il s'est écoulé près d'une année avant que nous sachions

Tableau 17: Échantillon des possibilités de formation pour le personnel du CSC *

Possibilité	Justification
Congrès national sur les CSC	Se familiariser avec d'autres modèles de CSC; constituer des réseaux avec d'autres dispensateurs de services de santé.
Congrès international sur les CSC	Même justification que ci-dessus.
Congrès sur la promotion de la santé	Élargir le bagage de connaissances.
Journée d'éducation sur le diabète	Se spécialiser sur le sujet.
Bien vieillir — atelier interne	Se spécialiser dans les mesures de dépistage en physiothérapie.
Mise à jour sur l'asthme	Se spécialiser sur le sujet.
Planification de programmes — (offert par la Région 3)	S'initier à l'élaboration de programmes.
Programme de soutien postnatal — (offert par la Région 3)	Rafraîchir ses connaissances.
Groupe d'infirmières des centres des services de santé	Échanger des idées.
Formation en leadership — (offert par la Région 3)	Formation pour les infirmières-gestionnaires principales
SSRC	Agrément du personnel
Tension artérielle — atelier interne	Rafraîchir ses connaissances en matière de normes et de dépistage.
Formation sur les analyses sur I-Stat — (offert par la Région 3)	Participer à une étude pilote.
Formation sur Meditech	Soutenir la collecte de données sur la clientèle.
Mise à jour cardiaque — (offert par le DECH)	Rafraîchir ses connaissances sur la lecture des électrocardiogrammes.
Cours en traumatologie — (offert par le DECH)	Élargir son bagage de connaissances pour l'urgence.
Colloque sur la nutrition — promotion de la santé	Accroître ses connaissances en nutrition.

* *Source des données : CSC de McAdam*

vraiment comment travailler ensemble et comment travailler dans la collectivité ». De plus, il n'était pas clair à qui des deux, la corporation hospitalière de la Région 3 ou le ministère de la Santé et de services communautaires, « appartenait » le projet.

Au bout de 21 mois de fonctionnement, le personnel a déclaré de façon unanime que la mise en oeuvre et l'application du modèle avaient beaucoup progressé. Pour fonctionner efficacement, il était nécessaire que le personnel perfectionne ses compétences et ses connaissances. Durant les séances des groupes de réflexion, des énoncés comme « nous apprécions la situation beaucoup plus qu'avant », « notre rôle est mieux défini », « nous sommes plus à l'aise dans notre rôle » ou « nous savons maintenant ce que nous faisons » sont revenus à plusieurs reprises. Tous s'entendent pour dire qu'il a fallu passer par un processus d'apprentissage et que l'arrivée de la coordonnatrice du projet au cours de la deuxième année a beaucoup aidé en ce sens. Lorsqu'on leur a demandé de parler de la force des liens de travail entre les membres de l'équipe, les répondants ont indiqué qu'ils se voyaient plus qu'avant, qu'ils se sentaient plus libres de parler entre eux et qu'ils se sentaient moins isolés dans leurs rôles respectifs.

La réceptionniste, dont les fonctions sont perçues comme ayant considérablement augmenté, a dû ajuster son rôle de façon appréciable. En effet, elle était auparavant la réceptionniste du médecin seulement, alors qu'elle accueille aujourd'hui toutes les personnes qui se présentent au Centre. Une source de frustration de la réceptionniste et des autres membres du personnel est le manque d'intimité de la réception : « tout le monde entend tout et sait tout ce qui se passe ».

Les médecins aussi sont unanimes dans leur revirement d'opinion en ce qui a trait aux conséquences du changement pour la prestation des soins de santé. La compréhension du fonctionnement de la « pratique complémentaire » était un sujet qui les inquiétait tout particulièrement. On se demandait comment la nouvelle forme de pratique allait toucher la qualité des soins de santé. Il semble aujourd'hui que le personnel soit beaucoup plus à l'aise vis-à-vis du modèle, et les médecins ont l'impression que l'équipe semble s'être ralliée sans trop de « guerres de territoires ».

Le médecin de longue date apprécie ne plus avoir à couvrir d'aussi longues heures. Il travaille maintenant selon un horaire « normal » et n'est plus seul à assumer la garde. Il appuie fortement les initiatives en matière de programmation communautaire et estime que les programmes ont contribué à améliorer la santé de la population.

Tant les médecins que le personnel infirmier connaissent toutefois des frustrations, surtout en ce qui a trait à l'interaction avec les hôpitaux de la Région 3. On se préoccupe du fait que les autres services de santé ne comprennent peut-être pas pleinement les nouveaux arrangements en vigueur à McAdam et se demandent pourquoi le CSC leur envoie des patients, ce qui semble compliquer le transfert et l'aiguillage de clients vers d'autres établissements, en particulier vers le DECH. On estime qu'il faut davantage de contacts et de collaboration avec le DECH et que des protocoles élaborés en commun pour le transfert des patients pourraient avoir un effet bénéfique.

L'autre source de frustration est la pauvreté de la documentation et du matériel de recherche. Les infirmières et les autres membres de l'équipe de « pratique complémentaire » sont tenus de mettre

au point des programmes et des outils éducatifs, mais les ressources documentaires du CSC sont restreintes. Le personnel se rend souvent à la bibliothèque du DECH en dehors des heures de travail. Un lien Internet serait utile.

En dernière analyse, les membres de l'équipe de la « pratique complémentaire » à McAdam perçoivent le modèle comme un exemple positif de prestation des soins de santé en milieu rural. Des indications anecdotiques suggèrent une prestation unifiée des soins et une prestation de services rapide, qui sont perçues comme des facteurs qui contribuent à la qualité des soins. De telles constatations concordent avec les résultats d'autres rapports qui montrent, au moyen d'enquêtes sur la satisfaction des clients dans un contexte de soins collectifs, que le degré de satisfaction du personnel est élevé quant au réseau de consultation informel qui s'établit et à la création de liens de collaboration fondés sur la confiance, le respect mutuel et une compréhension de l'apport unique et complémentaire de chaque professionnel au soin des patients (25).

Satisfaction de la population — On a obtenu l'opinion de la population à l'égard du CSC en tenant un groupe de réflexion avec les membres originaux du groupe de consultation communautaire, qui consistait en une tribune de citoyens qui ont participé à la planification initiale du projet, et avec des résidents de la région qui ont répondu à l'invitation les enjoignant à participer au groupe de réflexion des citoyens ou à une entrevue téléphonique.

Au départ, la population avait l'impression que la perte de lits annonçait le début d'une diminution des services de santé à McAdam. Les résidents craignaient une baisse dans le niveau des services, et ils s'attendaient donc par la même occasion à un déclin dans la qualité des soins de santé. En outre, comme la réduction des activités de l'hôpital communautaire et l'élaboration d'un modèle de prestation de services différent faisaient partie d'une réforme provinciale plus globale sur laquelle la collectivité avait peu de contrôle, le projet a d'abord été reçu avec scepticisme.

En conséquence, l'appui presque unanime de la collectivité à l'égard du CSC et le revirement d'opinion concernant les attentes vis-à-vis de la qualité des soins constituent un résultat inattendu. Dans tous les cas, les opinions recueillies au sujet du projet sont favorables. Les citoyens ont mentionné l'amélioration des soins, l'amélioration de l'accès aux services et l'amélioration de l'accessibilité des services pour expliquer ce changement d'opinion. Lorsqu'on leur a demandé leur appréciation du projet, ils ont répondu que la situation s'était améliorée de 100 p. 100 et que la santé ne s'était pas détériorée du tout. De nombreuses personnes ont indiqué que, sous l'ancien mode de prestation, il n'y avait nulle part d'autre où aller si le médecin était occupé. Si le médecin ne pouvait les voir, ils s'en passaient. Maintenant, les gens peuvent toujours voir quelqu'un en mesure de les aider. D'autres ont observé, concernant l'accès aux services, qu'il n'était plus nécessaire d'attendre longtemps avant de voir un dispensateur de soins de santé ni de se rendre à Fredericton ou à St. Stephen, ce qui élimine le stress d'avoir à se déplacer. Les services de la diététiste et de la physiothérapeute ont reçu une mention spéciale.

Il ressort que le personnel est perçu comme ayant joué un rôle déterminant pour aider les résidents à comprendre le nouveau mode de prestation de services. Lorsqu'on leur a demandé de parler des points forts du modèle, les résidents ont dit : « le personnel nous connaît et nous connaissons le personnel, et il fait très bien son travail ». Le personnel est perçu comme étant proactif dans

l'élaboration de programmes et disposé à mettre au point les programmes demandés par le public. En fait, il se dégage un fort sentiment d'engagement communautaire dans le CSC.

Les gens ont explicitement déclaré être convaincus que le CSC est en mesure de répondre aux besoins de la région en matière de santé. La crainte initiale de manquer de services en cas de crise s'est dissipée. À cet égard, on a mentionné comme atouts importants le système d'aiguillage et le service d'ambulance, de même que les lits d'observation et l'urgence. De plus, vu la distance qui sépare la région de l'hôpital le plus proche, un lit de soins palliatifs est considéré comme un service essentiel pour la population. « Les familles dont un membre est malade vivent déjà suffisamment de stress, alors c'est bien que celui-ci soit tout près. »

4.7 Dépenses

La comparaison des coûts du CSC et de l'ancien hôpital de 13 lits de McAdam doit tenir compte du coût de fonctionnement de l'établissement et des coûts qui auraient été transférés ou reportés à la suite de la réduction des services. De même, les services additionnels ou améliorés sont à prendre en considération dans la situation globale. Les coûts de fonctionnement de l'établissement pour 1991-1992, alors un hôpital de 13 lits, sont comparés directement aux coûts de fonctionnement actuels du CSC. L'analyse des coûts transférés ou reportés exige l'examen d'un certain nombre de points, dont les suivants : changements dans le nombre de consultations à l'urgence des hôpitaux voisins (soit le CCH et le DECH) par les résidents de McAdam, changements dans le nombre de résidents de McAdam hospitalisés dans d'autres hôpitaux, changements dans l'utilisation des services d'ambulance, et changements dans le nombre de consultations à des médecins de l'extérieur de la région par des résidents de McAdam.

Étant donné les difficultés posées par la collecte de données historiques, le coût des patients de McAdam qui se sont rendus à d'autres urgences n'est pas compris dans l'analyse des coûts. Toutefois, au lieu de quantifier les consultations additionnelles à l'urgence des hôpitaux voisins par les résidents de McAdam, on a mené une enquête pour savoir pourquoi les bénéficiaires avaient choisi de se rendre à une urgence ailleurs. L'information tirée de l'enquête a ensuite servi à repérer les bénéficiaires « additionnels » des urgences de l'extérieur de la région (« additionnels » en ce que ces personnes n'auraient pas eu recours à une autre urgence si les dispositions antérieures au CSC existaient toujours). Comme le montrent les résultats de la **section 4.2**, seules quelques personnes ont indiqué avoir délibérément évité le CSC ou en être insatisfaites.

Une bonne part du succès du CSC est peut-être liée aux efforts des services de soins à domicile (dont l'HEM). Ainsi, l'HEM a pu contribuer à faciliter le retour à la maison et à réduire la durée des séjours dans les hôpitaux voisins. Bien que le coût de l'HEM pour la région de McAdam ne soit pas quantifiable et qu'il n'est donc pas compris dans l'analyse des coûts, sa contribution et son importance dans la région sont à prendre en considération dans l'examen de la variation nette dans les dépenses.

Dépenses liées à l'établissement — Le **tableau 18** contient les dépenses réelles de l'établissement de McAdam pour les années financières 1991 à 1995. La **partie A** du tableau comprend toutes les dépenses liées à l'établissement, à l'exception des honoraires des médecins. Les traitements et

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

avantages sociaux (ligne 1) comprennent les traitements et avantages sociaux des infirmières, des préposés à l'entretien, du personnel du bureau, etc. Les fournitures (ligne 3) ont trait à toutes les fournitures médicales et chirurgicales (seringues, médicaments, etc.) et aux articles autres que médicaux (literie, papier, nourriture, etc.).

***Tableau 18: Dépenses réelles pour les résidents de McAdam* ***

Partie A — Établissement	**1991-1992**	**1992-1993**	**1993-1994**	**1994-1995**	**1995-1996**
(1) Salaires et avantages sociaux	646 268 $	634 552 $	486 405 $	502 075 $	551 775 $
(2) Indemnité de retraite		29 892 $			
(3) Fournitures	183 898 $	153 486 $	138 381 $	125 505 $	108 012 $
(4) E.C.G.	1 200 $	3 305 $	1 127 $	1 243 $	1 374 $
(5) Total (moins paiements aux médecins)	**831 366 $**	**821 235 $**	**625 913 $**	**628 823 $**	**661 161 $**
Partie B — Médecins					
(6) Rémunération à l'acte, omnipraticiens	229 970 $	200 667 $	154 202 $	92 600 $	77 926 $
(7) Rémunération à l'acte, spécialistes	204 978 $	221 469 $	224 495 $	217 680 $	266 892 $
(8) Total, rémunération à l'acte	434 948 $	422 136 $	378 697 $	310 280 $	344 818 $
(9) Salaires, personnel médical	0 $	0 $	108 357 $	141 965 $	172 009 $
(10) Total, paiements aux médecins	**434 948 $**	**422 136 $**	**487 054 $**	**452 245 $**	**516 827 $**
(11) Grand total	**1 266 314 $**	**1 243 371 $**	**1 112 967 $**	**1 081 068 $**	**1 177 988 $**

* *Source des données : Services financiers, Assurance-maladie*

La **partie B** montre le total des paiements versés aux médecins pour les services dispensés aux patients de McAdam, à l'exception des services dispensés à l'urgence du DECH et du CCH, qui sont rémunérés à vacation. Le total comprend tous les services dispensés par un médecin aux

avantages sociaux (ligne 1) comprennent les traitements et avantages sociaux des infirmières, des préposés à l'entretien, du personnel du bureau, etc. Les fournitures (ligne 3) ont trait à toutes les fournitures médicales et chirurgicales (seringues, médicaments, etc.) et aux articles autres que médicaux (literie, papier, nourriture, etc.).

Tableau 18: Dépenses réelles pour les résidents de McAdam *

Partie A — Établissement	**1991-1992**	**1992-1993**	**1993-1994**	**1994-1995**	**1995-1996**
(1) Salaires et avantages sociaux	646 268 $	634 552 $	486 405 $	502 075 $	551 775 $
(2) Indemnité de retraite		29 892 $			
(3) Fournitures	183 898 $	153 486 $	138 381 $	125 505 $	108 012 $
(4) E.C.G.	1 200 $	3 305 $	1 127 $	1 243 $	1 374 $
(5) Total (moins paiements aux médecins)	**831 366 $**	**821 235 $**	**625 913 $**	**628 823 $**	**661 161 $**
Partie B — Médecins					
(6) Rémunération à l'acte, omnipraticiens	229 970 $	200 667 $	154 202 $	92 600 $	77 926 $
(7) Rémunération à l'acte, spécialistes	204 978 $	221 469 $	224 495 $	217 680 $	266 892 $
(8) Total, rémunération à l'acte	434 948 $	422 136 $	378 697 $	310 280 $	344 818 $
(9) Salaires, personnel médical	0 $	0 $	108 357 $	141 965 $	172 009 $
(10) Total, paiements aux médecins	**434 948 $**	**422 136 $**	**487 054 $**	**452 245 $**	**516 827 $**
(11) Grand total	**1 266 314 $**	**1 243 371 $**	**1 112 967 $**	**1 081 068 $**	**1 177 988 $**

* *Source des données : Services financiers, Assurance-maladie*

La **partie B** montre le total des paiements versés aux médecins pour les services dispensés aux patients de McAdam, à l'exception des services dispensés à l'urgence du DECH et du CCH, qui sont rémunérés à vacation. Le total comprend tous les services dispensés par un médecin aux

résidents de McAdam, que ce soit à McAdam ou à l'extérieur de McAdam ou de la région. Les paiements sont ventilés suivant la rémunération à l'acte versée aux omnipraticiens, la rémunération à l'acte versée aux spécialistes et les salaires du personnel médical (ligne 9). Avant 1993, année où le médecin de la région a consenti à une rémunération à salaire, les médecins étaient strictement rémunérés à l'acte. La rémunération à l'acte versée aux omnipraticiens suivant l'année financière 1993 comprend la facturation à l'acte par le médecin salarié pour une partie de l'année (soit la partie de l'année pendant laquelle la facturation était encore à l'acte), la rémunération à l'acte des médecins suppléants, et la rémunération à l'acte des médecins de l'extérieur de McAdam (de St. Stephen, par exemple).

Le **tableau 19** compare les dépenses totales de l'établissement de McAdam en 1991-1992 lorsqu'il s'agissait d'un hôpital de 13 lits et le modèle actuel de CSC. Les chiffres réels de 1995-1996 du **tableau 18** sont convertis en dollars constants de 1991 afin d'annuler les hausses inflationnistes depuis l'année financière 1991. Quand aux dépenses liées à l'établissement et aux médecins, le grand total montre que la conversion à un CSC a donné lieu à des économies de 130 157 $ (10,3 p. 100), comparativement aux coûts de fonctionnement de l'hôpital de 13 lits en 1991-1992. Les économies découlent des dépenses à la baisse pour les fournitures (-42 p. 100) et d'une enveloppe salariale réduite pour le personnel autre que les médecins (-16 p. 100). Ces économies sont en partie annulées par une hausse de la rémunération versée aux médecins. En fait, la rémunération des médecins est de près de 48 533 $ (11,2 p. 100) plus élevée sous le régime du CSC qu'en 1991-1992.

La hausse s'explique surtout par une augmentation considérable de la facturation à l'acte par les spécialistes. Une fois pris en compte les augmentations du cahier des tarifs, on constate que les paiements versés aux spécialistes ont augmenté de 25 p. 100 entre 1991-1992 et 1995-1996. Comme le montre le **tableau 19**, le nombre de services dispensés par les spécialistes s'est accru de 11 p. 100 seulement. La hausse dans les paiements versés aux spécialistes doit être attribuée à la composition des services, qui tendrait à comporter plus de services plus dispendieux. De plus, comme le total des paiements, une fois soustraites les hausses inflationnistes, a augmenté davantage que le nombre de services (25 p. 100 contre 11 p. 100), l'explication de la hausse des services dispendieux est sûrement la bonne.

Si on additionne la facturation à l'acte des omnipraticiens et les salaires du personnel médical, on constate une légère économie (2 550 $) dans la masse salariale des omnipraticiens (**tableau 20**). Il ne faut cependant pas oublier que, en passant de la rémunération à l'acte à la rémunération à salaire, des avantages sociaux s'ajoutent au salaire annuel. Sous le régime de la rémunération à l'acte, les médecins sont considérés comme des travailleurs autonomes et financent eux-mêmes les frais de bureau et autres. Toutefois, sous le régime de rémunération actuel, les deux médecins de la région reçoivent un salaire, et on leur fournit en plus un bureau et le soutien nécessaire sans qu'ils n'aient rien à débourser pour de tels services. En d'autres termes, le salaire que reçoit chaque médecin n'est grevé d'aucune dépense, puisque tous les frais liés au travail sont absorbés par l'établissement. Jusqu'à un certain point, les salaires des médecins sont une sous-estimation du coût réel pour le système.

Tableau 19: Comparaison des dépenses (dollars de 1991) pour les résidents de McAdam, 1991–1992 et 1995–1996 *

Partie A — Établissement	**1991-1992**		**1995-1996** †		**Écart**	
	$	**%**	**$**	**%**	**$**	**%**
(1) Salaires et avantages sociaux	646 268 $	51,0 %	544 694 $	47,9 %	-101 574 $	-15,7 %
(2) Fournitures	183 898 $	14,5 %	106 626 $	9,4 %	-77 272 $	-42,0 %
(3) E.C.G.	1 200 $	0,1 %	1 356 $	0,1 %	156 $	13,0 %
(4) Total, moins paiements aux médecins	**831 366 $**	**65,7 %**	**652 676 $**	**57,4 %**	**-178 690 $**	**-21,5 %**
Partie B — Médecins						
(5) Rémunération à l'acte, omnipraticiens	229 970 $	18,2 %	70 906 $	6,2 %	-159 064 $	-69,2 %
(6) Rémunération à l'acte, spécialistes	204 978 $	16,2 %	256 061 $	22,5 %	51 083 $	24,9 %
(7) Total, rémunération à l'acte	434 948 $	34,3 %	326 967 $	28,8 %	-107 981 $	-24,8 %
(8) Salaires, personnel médical	0 $	0,0 %	156 514 $	13,8 %	156 514 $	100,0 %
(9) Total, paiements aux médecins	**434 948 $**	**34,3 %**	**483 481 $**	**42,6 %**	**48 533 $**	**11,2 %**
(10) Grand total	**1 266 314 $**	**100,0 %**	**1 136 157 $**	**100,0 %**	**-130 157 $**	**-10,3 %**

* *Source des données : Services financiers, Assurance-maladie*

† Tous les postes, à l'exclusion des paiements aux médecins, sont corrigés par l'indice implicite de prix de la demande intérieure finale (1,013 p. 100). Les paiements aux médecins sont corrigés selon les augmentations du cahier des tarifs, soit 9,9 p. 100 pour les omnipraticiens et 4,23 p. 100 pour les spécialistes.

De plus, comme le montre le **tableau 20**, alors qu'il y a eu réduction minime dans les frais liés aux omnipraticiens, il y a eu par contre une réduction importante dans le nombre de services rendus par

des omnipraticiens (comme il est constaté à la **section 4.2**). En fait, le nombre de services a diminué de 44 p. 100, comparativement à une réduction des frais de 1 p. 100 pour les omnipraticiens.

Tableau 20: Source des données : Service d'ambulance de McAdam et Services d'ambulance du MSSC

Descripteur	1991-1992 (13 lits)	1995-1996 (CSC)	Écart	
	N^bre/$	N^bre/$	N^bre/$	%
Omnipraticiens de McAdam	9523	4428 Temps plein (80 %) = 3542 Temps partiel (20 %) = 886	-5095	-53,5 %
Omnipraticiens de l'extérieur de McAdam	5616	4126	-1490	-26,5 %
Total — services d'omnipraticien	**15 139**	**8554**	**-6585**	**-43,5 %**
Frais liés aux omnipraticiens (rémunération à l'acte)	229 970 $	70 906 $	-159 064 $	-69,2 %
Frais liés aux omnipraticiens (rémunération à salaire)	0 $	156 514 $	156 514 $	100,0 %
Total des frais — omnipraticiens	**229 970 $**	**227 420 $**	**-2 550 $**	**-1,1 %**

Services d'ambulance — Le **tableau 21** montre l'utilisation et les coûts des services d'ambulance pour les années 1991-1992 et 1995-1996. Les services comprennent tous les déplacements en direction et en provenance de McAdam pour des soins hospitaliers. Les services d'ambulance les plus fréquents : les déplacements de McAdam même au CSC, du CSC au DECH, et du CSC au CCH. Les services d'ambulance en direction et en provenance de Wauklehegan Manor, dans le même édifice, sont exclus. On a obtenu le total des paiements en multipliant le nombre total de déplacements pour chaque destination par un tarif préétabli. De 1991-1992 à 1995-1996, le nombre de services d'ambulance s'est accru de 22,5 p. 100, et les paiements, une fois soustraites les hausses inflationnistes, ont augmenté de 55,8 p. 100. Étant donné que les calculs sont fondés sur les dollars constants de 1991, le fait que l'augmentation des paiements dépasse de façon appréciable l'augmentation de l'utilisation signifie que la composition des services a changé et comporte plus de services plus dispendieux, c'est-à-dire que le nombre total de services en 1995-1996 comprend plus de déplacements vers le DECH, qui sont passablement plus chers que les déplacements locaux, qui étaient plus fréquents sous le régime précédent.

Tableau 19: Comparaison des dépenses (dollars de 1991) pour les résidents de McAdam, 1991–1992 et 1995–1996 *

Partie A — Établissement	**1991-1992**		**1995-1996** †		**Écart**	
	$	**%**	**$**	**%**	**$**	**%**
(1) Salaires et avantages sociaux	646 268 $	51,0 %	544 694 $	47,9 %	-101 574 $	-15,7 %
(2) Fournitures	183 898 $	14,5 %	106 626 $	9,4 %	-77 272 $	-42,0 %
(3) E.C.G.	1 200 $	0,1 %	1 356 $	0,1 %	156 $	13,0 %
(4) Total, moins paiements aux médecins	**831 366 $**	**65,7 %**	**652 676 $**	**57,4 %**	**-178 690 $**	**-21,5 %**
Partie B — Médecins						
(5) Rémunération à l'acte, omnipraticiens	229 970 $	18,2 %	70 906 $	6,2 %	-159 064 $	-69,2 %
(6) Rémunération à l'acte, spécialistes	204 978 $	16,2 %	256 061 $	22,5 %	51 083 $	24,9 %
(7) Total, rémunération à l'acte	434 948 $	34,3 %	326 967 $	28,8 %	-107 981 $	-24,8 %
(8) Salaires, personnel médical	0 $	0,0 %	156 514 $	13,8 %	156 514 $	100,0 %
(9) Total, paiements aux médecins	**434 948 $**	**34,3 %**	**483 481 $**	**42,6 %**	**48 533 $**	**11,2 %**
(10) Grand total	**1 266 314 $**	**100,0 %**	**1 136 157 $**	**100,0 %**	**-130 157 $**	**-10,3 %**

* *Source des données : Services financiers, Assurance-maladie*

† Tous les postes, à l'exclusion des paiements aux médecins, sont corrigés par l'indice implicite de prix de la demande intérieure finale (1,013 p. 100). Les paiements aux médecins sont corrigés selon les augmentations du cahier des tarifs, soit 9,9 p. 100 pour les omnipraticiens et 4,23 p. 100 pour les spécialistes.

De plus, comme le montre le **tableau 20**, alors qu'il y a eu réduction minime dans les frais liés aux omnipraticiens, il y a eu par contre une réduction importante dans le nombre de services rendus par

des omnipraticiens (comme il est constaté à la **section 4.2**). En fait, le nombre de services a diminué de 44 p. 100, comparativement à une réduction des frais de 1 p. 100 pour les omnipraticiens.

Tableau 20: Source des données : Service d'ambulance de McAdam et Services d'ambulance du MSSC

Descripteur	1991-1992 (13 lits)	1995-1996 (CSC)	Écart	
	N^bre/$	N^bre/$	N^bre/$	%
Omnipraticiens de McAdam	9523	4428 Temps plein (80 %) = 3542 Temps partiel (20 %) = 886	-5095	-53,5 %
Omnipraticiens de l'extérieur de McAdam	5616	4126	-1490	-26,5 %
Total — services d'omnipraticien	**15 139**	**8554**	**-6585**	**-43,5 %**
Frais liés aux omnipraticiens (rémunération à l'acte)	229 970 $	70 906 $	-159 064 $	-69,2 %
Frais liés aux omnipraticiens (rémunération à salaire)	0 $	156 514 $	156 514 $	100,0 %
Total des frais — omnipraticiens	**229 970 $**	**227 420 $**	**-2 550 $**	**-1,1 %**

Services d'ambulance — Le **tableau 21** montre l'utilisation et les coûts des services d'ambulance pour les années 1991-1992 et 1995-1996. Les services comprennent tous les déplacements en direction et en provenance de McAdam pour des soins hospitaliers. Les services d'ambulance les plus fréquents : les déplacements de McAdam même au CSC, du CSC au DECH, et du CSC au CCH. Les services d'ambulance en direction et en provenance de Wauklehegan Manor, dans le même édifice, sont exclus. On a obtenu le total des paiements en multipliant le nombre total de déplacements pour chaque destination par un tarif préétabli. De 1991-1992 à 1995-1996, le nombre de services d'ambulance s'est accru de 22,5 p. 100, et les paiements, une fois soustraites les hausses inflationnistes, ont augmenté de 55,8 p. 100. Étant donné que les calculs sont fondés sur les dollars constants de 1991, le fait que l'augmentation des paiements dépasse de façon appréciable l'augmentation de l'utilisation signifie que la composition des services a changé et comporte plus de services plus dispendieux, c'est-à-dire que le nombre total de services en 1995-1996 comprend plus de déplacements vers le DECH, qui sont passablement plus chers que les déplacements locaux, qui étaient plus fréquents sous le régime précédent.

La hausse des services d'ambulance et du paiement de ces services indique peut-être aussi que le nombre de déplacements à des fins médicales par les résidents eux-mêmes aurait augmenté. En d'autres termes, il ne serait pas étonnant de constater des changements dans les déplacements privés qui concordent avec les changements dans les déplacements en ambulance. Si c'est le cas, l'augmentation totale dans le coût des déplacements est supérieure aux chiffres consignés au **tableau 21**.

Tableau 21: Comparaison des services et des paiements d'ambulance (en dollars de 1991) en 1991–1992 et 1995–1996 *

Poste	1991-1992	1995-1996	Écart	Variation en %
Services (déplacements)	209	256	47	22,5 %
Paiements	18 730 $	33 067 $†	10 464 $	55,8 %

* *Source des données : Service d'ambulance de McAdam et Services d'ambulance du MSSC*

† En application des taux d'inflation fondés sur l'IPC, les paiements de 1995-1996 ont fait l'objet d'une déflation de 4 p. 100.

Hospitalisations — Le **tableau 22A** montre le coût total des hospitalisations de McAdam au DECH et au CCH pour les années financières 1991-1992 à 1995-1996. Il faut souligner que les tarifs journaliers ont été obtenus au moyen d'un calcul simpliste. Essentiellement, on a divisé le coût total de fonctionnement de l'établissement par le nombre total de jours-patients. Ce calcul est considéré comme une approximation grossière des prix de journée, car le coût total de l'établissement comprend un certain nombre de coûts qui ne sont pas directement liés au coût de la prestation des soins aux patients. Toutefois, comme la même méthode a servi au calcul de chaque année, les comparaisons sont possibles. Une fois les prix de journée calculés pour chaque établissement, on a obtenu le coût total des hospitalisations en multipliant le prix de journée par le nombre total de jours-patients.

La comparaison des deux années, soit 1991-1992 et 1995-1996, révèle que le nombre total (DECH et CCH pris ensemble) de jours d'hospitalisation des résidents de McAdam a baissé considérablement pour les deux établissements. L'examen des années dans l'intervalle montre que le nombre de jours d'hospitalisation semble fluctuer au CCH; pour ce qui est du DECH, le nombre de jours d'hospitalisation a baissé pour chaque année sauf en 1993-1994. Le **tableau 22B** révèle la variation moyenne annuelle en pourcentage dans le nombre total de jours d'hospitalisation au cours des cinq dernières années pour l'ensemble des hospitalisés et pour les hospitalisés de McAdam. Il est à remarquer que, bien qu'il y ait eu une réduction globale dans le total des jours d'hospitalisation, la réduction applicable aux résidents de McAdam au DECH est beaucoup plus marquée que pour l'ensemble des hospitalisés à ce même hôpital. La réduction globale dans le total des jours d'hospitalisation aux deux hôpitaux laisse fortement supposer que le déclin est attribuable à un certain nombre de changements dans le secteur hospitalier, sans rapport avec le projet McAdam, (la mise hors service de lits, par exemple) ainsi qu'à l'accessibilité de l'HEM. **Par**

Tableau 22A: Coût des hospitalisations de McAdam au DECH et au CCH, de 1991–1992 à 1995–1996 *

Poste	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996 †	Différence entre 1995-1996 et 1991-1992
DECH						
Total des jours d'hospitalisation	1850	1764	2010	1532	1242	-608 -32,9 %
Prix de journée	439,00 $	504,24 $	528,57 $	553,48 $	553,48 $	-114,48 $ -26,1 %
Coût total	812 150 $	889 479 $	1 062 426 $	847 931 $	687 422 $	-124 728 $ -15,4%
CCH						
Total des jours d'hospitalisation	272	156	171	156	189	-83 -30,5 %
Prix de journée	434,02 $	464,05 $	497,02 $	517,15 $	517,15 $	-83,13 $ -19,2 %
Coût total	118 053 $	72 392 $	84 990 $	80 675 $	97 741 $	-20 312 $ -17,2 %
Grand total	930 203 $	961 871 $	1 147 416 $	928 606 $	785 163 $	-145 040 $ -15,6 %
Déflateur ‡	1.000	1.002	1.012	1.012	1.013	
Grand total ($ de 1991)	**930 203 $**	**959 951 $**	**1 133 810 $**	**917 595 $**	**775 087 $**	**-155 116 $ -16,7%**

* *Source des données : Services de soutien des programmes et Services financiers, MSSC*

† Comme les prix de journée de 1995-1996 sont remplacés par ceux de 1994–1995, le coût total pour 1995–1996 n'est qu'une estimation.

‡ Le déflateur est l'indice implicite de prix de la demande intérieure finale.

conséquent, il faut prendre note que la présentation de ces renseignements n'a pas pour but d'établir un lien de causalité entre les efforts du CSC et la réduction du nombre de jours-patients, mais de montrer le coût total de la prestation de soins de santé aux hospitalisés de McAdam.

La hausse des services d'ambulance et du paiement de ces services indique peut-être aussi que le nombre de déplacements à des fins médicales par les résidents eux-mêmes aurait augmenté. En d'autres termes, il ne serait pas étonnant de constater des changements dans les déplacements privés qui concordent avec les changements dans les déplacements en ambulance. Si c'est le cas, l'augmentation totale dans le coût des déplacements est supérieure aux chiffres consignés au **tableau 21**.

Tableau 21: Comparaison des services et des paiements d'ambulance (en dollars de 1991) en 1991–1992 et 1995–1996 *

Poste	1991-1992	1995-1996	Écart	Variation en %
Services (déplacements)	209	256	47	22,5 %
Paiements	18 730 $	33 067 $†	10 464 $	55,8 %

* *Source des données : Service d'ambulance de McAdam et Services d'ambulance du MSSC*

† En application des taux d'inflation fondés sur l'IPC, les paiements de 1995-1996 ont fait l'objet d'une déflation de 4 p. 100.

Hospitalisations — Le **tableau 22A** montre le coût total des hospitalisations de McAdam au DECH et au CCH pour les années financières 1991-1992 à 1995-1996. Il faut souligner que les tarifs journaliers ont été obtenus au moyen d'un calcul simpliste. Essentiellement, on a divisé le coût total de fonctionnement de l'établissement par le nombre total de jours-patients. Ce calcul est considéré comme une approximation grossière des prix de journée, car le coût total de l'établissement comprend un certain nombre de coûts qui ne sont pas directement liés au coût de la prestation des soins aux patients. Toutefois, comme la même méthode a servi au calcul de chaque année, les comparaisons sont possibles. Une fois les prix de journée calculés pour chaque établissement, on a obtenu le coût total des hospitalisations en multipliant le prix de journée par le nombre total de jours-patients.

La comparaison des deux années, soit 1991-1992 et 1995-1996, révèle que le nombre total (DECH et CCH pris ensemble) de jours d'hospitalisation des résidents de McAdam a baissé considérablement pour les deux établissements. L'examen des années dans l'intervalle montre que le nombre de jours d'hospitalisation semble fluctuer au CCH; pour ce qui est du DECH, le nombre de jours d'hospitalisation a baissé pour chaque année sauf en 1993-1994. Le **tableau 22B** révèle la variation moyenne annuelle en pourcentage dans le nombre total de jours d'hospitalisation au cours des cinq dernières années pour l'ensemble des hospitalisés et pour les hospitalisés de McAdam. Il est à remarquer que, bien qu'il y ait eu une réduction globale dans le total des jours d'hospitalisation, la réduction applicable aux résidents de McAdam au DECH est beaucoup plus marquée que pour l'ensemble des hospitalisés à ce même hôpital. La réduction globale dans le total des jours d'hospitalisation aux deux hôpitaux laisse fortement supposer que le déclin est attribuable à un certain nombre de changements dans le secteur hospitalier, sans rapport avec le projet McAdam, (la mise hors service de lits, par exemple) ainsi qu'à l'accessibilité de l'HEM. **Par**

Tableau 22A: Coût des hospitalisations de McAdam au DECH et au CCH, de 1991–1992 à 1995–1996 *

Poste	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996 †	Différence entre 1995-1996 et 1991-1992
DECH						
Total des jours d'hospitalisation	1850	1764	2010	1532	1242	-608 -32,9 %
Prix de journée	439,00 $	504,24 $	528,57 $	553,48 $	553,48 $	-114,48 $ -26,1 %
Coût total	812 150 $	889 479 $	1 062 426 $	847 931 $	687 422 $	-124 728 $ -15,4%
CCH						
Total des jours d'hospitalisation	272	156	171	156	189	-83 -30,5 %
Prix de journée	434,02 $	464,05 $	497,02 $	517,15 $	517,15 $	-83,13 $ -19,2 %
Coût total	118 053 $	72 392 $	84 990 $	80 675 $	97 741 $	-20 312 $ -17,2 %
Grand total	930 203 $	961 871 $	1 147 416 $	928 606 $	785 163 $	-145 040 $ -15,6 %
Déflateur ‡	1,000	1,002	1,012	1,012	1,013	
Grand total ($ de 1991)	**930 203 $**	**959 951 $**	**1 133 810 $**	**917 595 $**	**775 087 $**	**-155 116 $ -16,7%**

* *Source des données : Services de soutien des programmes et Services financiers, MSSC*

† Comme les prix de journée de 1995-1996 sont remplacés par ceux de 1994–1995, le coût total pour 1995–1996 n'est qu'une estimation.

‡ Le déflateur est l'indice implicite de prix de la demande intérieure finale.

conséquent, il faut prendre note que la présentation de ces renseignements n'a pas pour but d'établir un lien de causalité entre les efforts du CSC et la réduction du nombre de jours-patients, mais de montrer le coût total de la prestation de soins de santé aux hospitalisés de McAdam.

La réduction dans le nombre total de jours d'hospitalisation a donné lieu pour 1995-1996 à des coûts d'hospitalisation pour les résidents de McAdam qui sont considérablement inférieurs à ceux des quatre années précédentes. Cette réduction est entièrement attribuable à la réduction des coûts au DECH, puisque les coûts engagés par les résidents de McAdam au CCH en 1995-1996 sont supérieurs à ceux des trois années précédentes. Environ 87 p. 100 du total des jours d'hospitalisation de résidents de McAdam concerne le DECH, ce qui signifie que la réduction dans les admissions au DECH représente une fraction beaucoup plus élevée du total des coûts d'hospitalisation.

Tableau 22B: Variation annuelle moyenne en pourcentage dans le total des jours d'hospitalisation, 1991–1996 *

	DECH	CCH
Hospitalisés de McAdam	-8,4 %	-5,2 %
Ensemble des hospitalisés	-5,7 %	-5,9 %

* Source des données : Services de soutien des programmes ; DECH, CCH.

Total des dépenses — Partant des renseignements fournis dans les tableaux précédents, le tableau 23 présente une comparaison de l'ensemble des coûts entre 1991-1992 et 1995-1996. En dollars constants de 1991, la mesure du coût total de la prestation de soins de santé aux résidents de McAdam de deux périodes précises se traduit par une réduction nette de 274 809 $ ou 12,4 p. 100 dans les dépenses. Fait intéressant au sujet de cette réduction dans les dépenses, ce sont les hospitalisations qui comptent pour la plus grande partie de cette réduction. Voilà qui est étonnant, car on aurait tendance à supposer que la mise hors service des lits d'hospitalisation à McAdam aurait donné lieu à une hausse dans les admissions ailleurs, soit au DECH et au CCH. Or, comme il ressort clairement du tableau, le contraire s'est produit. Il faut cependant ajouter une réserve et répéter que le secteur hospitalier a connu plusieurs changements qui ont probablement contribué à la réduction des jours d'hospitalisation. De plus, l'élargissement des services de soins à domicile comme l'HEM a probablement accentué la tendance aux congés plus précoces de l'hôpital et les durées moyennes plus courtes des séjours qui en résultent.

On observe une réduction de 130 157 $, ou 10,3 p. 100, dans les dépenses de l'établissement de 1991-1992 à 1995-1996, laquelle est surtout attribuable à une réduction dans le personnel autre que les médecins. Il faut noter que la masse salariale du personnel autre que les médecins comprend le salaire d'une infirmière clinicienne spécialisée, recrutée sur une base temporaire dans le but de donner un élan au volet programmation communautaire du modèle. L'expiration du contrat de deux ans de cette infirmière donnera probablement lieu à une réduction encore plus importante de la masse salariale du CSC.

Bien que les dépenses liées au service d'ambulance présentées au **tableau 23** aient augmenté de façon appréciable, elles ne constituent qu'une petite fraction du total des dépenses. L'escalade

(55,9 p. 100) des coûts du service d'ambulance est plus que compensée par une diminution des dépenses liées à l'établissement et aux hospitalisés.

Bien que le **tableau 23** affiche une réduction de 12,4 p. 100 dans les dépenses, il faut souligner que, tout comme une partie des économies n'est pas directement attribuable au CSC, il y a par ailleurs des avantages qui n'ont pas été quantifiés et qui, par conséquent, ne figurent pas dans l'analyse des coûts. Ainsi, comme il est présenté au **tableau 16** de la **section 4.4**, le CSC a offert plusieurs programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies. Même si on ne peut attribuer au CSC l'initiative de tous ces programmes, c'est lui qui a su mobiliser la population et répondre à bon nombre des besoins les plus pressants. Il est encore trop tôt pour conclure à l'efficacité des efforts de promotion de la santé, mais il y a lieu de prendre en considération, dans l'examen de la variation nette dans les dépenses, l'amélioration du service ainsi que d'autres facteurs mentionnés mais non quantifiés.

Tableau 23: Comparaison du total des coûts en dollars constants de 1991 entre 1991–1992 et 1995–1996[*,†]

Poste	1991-1992	1995-1996	Différence	Variation en %
Dépenses de l'établissement (tableau 19)	1 266 314 $	1 136 157 $	-130 157 $	-10,3%
Dépenses d'ambulance (tableau 21)	18 730 $	29 194 $	10 464 $	55,9%
Dépenses d'hospitalisation (tableau 22A)	930 203 $	775 087 $	-155 116 $	-16,7%
TOTAL DES DÉPENSES	**2 215 247 $**	**1 940 438 $**	**-274 809 $**	**-12,4%**

* *Source des données : Services financiers, Services hospitaliers, Assurance-maladie et Services d'ambulance du MSSC; Service d'ambulance de McAdam.*

† Note: Étant donné que les prix de journée du DECH et du CCH pour 1995-1996 sont des estimations, le total des dépenses liées à l'hospitalisation pour 1995-1996 est aussi une estimation. Par conséquent, le total des dépenses pour 1995-1996 changera une fois que les prix de journée réels remplaceront les estimations.

La réduction dans le nombre total de jours d'hospitalisation a donné lieu pour 1995-1996 à des coûts d'hospitalisation pour les résidents de McAdam qui sont considérablement inférieurs à ceux des quatre années précédentes. Cette réduction est entièrement attribuable à la réduction des coûts au DECH, puisque les coûts engagés par les résidents de McAdam au CCH en 1995-1996 sont supérieurs à ceux des trois années précédentes. Environ 87 p. 100 du total des jours d'hospitalisation de résidents de McAdam concerne le DECH, ce qui signifie que la réduction dans les admissions au DECH représente une fraction beaucoup plus élevée du total des coûts d'hospitalisation.

Tableau 22B: Variation annuelle moyenne en pourcentage dans le total des jours d'hospitalisation, 1991–1996 *

	DECH	**CCH**
Hospitalisés de McAdam	-8,4 %	-5,2 %
Ensemble des hospitalisés	-5,7 %	-5,9 %

* Source des données : Services de soutien des programmes ; DECH, CCH.

Total des dépenses — Partant des renseignements fournis dans les tableaux précédents, le tableau 23 présente une comparaison de l'ensemble des coûts entre 1991-1992 et 1995-1996. En dollars constants de 1991, la mesure du coût total de la prestation de soins de santé aux résidents de McAdam de deux périodes précises se traduit par une réduction nette de 274 809 $ ou 12,4 p. 100 dans les dépenses. Fait intéressant au sujet de cette réduction dans les dépenses, ce sont les hospitalisations qui comptent pour la plus grande partie de cette réduction. Voilà qui est étonnant, car on aurait tendance à supposer que la mise hors service des lits d'hospitalisation à McAdam aurait donné lieu à une hausse dans les admissions ailleurs, soit au DECH et au CCH. Or, comme il ressort clairement du tableau, le contraire s'est produit. Il faut cependant ajouter une réserve et répéter que le secteur hospitalier a connu plusieurs changements qui ont probablement contribué à la réduction des jours d'hospitalisation. De plus, l'élargissement des services de soins à domicile comme l'HEM a probablement accentué la tendance aux congés plus précoces de l'hôpital et les durées moyennes plus courtes des séjours qui en résultent.

On observe une réduction de 130 157 $, ou 10,3 p. 100, dans les dépenses de l'établissement de 1991-1992 à 1995-1996, laquelle est surtout attribuable à une réduction dans le personnel autre que les médecins. Il faut noter que la masse salariale du personnel autre que les médecins comprend le salaire d'une infirmière clinicienne spécialisée, recrutée sur une base temporaire dans le but de donner un élan au volet programmation communautaire du modèle. L'expiration du contrat de deux ans de cette infirmière donnera probablement lieu à une réduction encore plus importante de la masse salariale du CSC.

Bien que les dépenses liées au service d'ambulance présentées au **tableau 23** aient augmenté de façon appréciable, elles ne constituent qu'une petite fraction du total des dépenses. L'escalade

(55,9 p. 100) des coûts du service d'ambulance est plus que compensée par une diminution des dépenses liées à l'établissement et aux hospitalisés.

Bien que le **tableau 23** affiche une réduction de 12,4 p. 100 dans les dépenses, il faut souligner que, tout comme une partie des économies n'est pas directement attribuable au CSC, il y a par ailleurs des avantages qui n'ont pas été quantifiés et qui, par conséquent, ne figurent pas dans l'analyse des coûts. Ainsi, comme il est présenté au **tableau 16** de la **section 4.4**, le CSC a offert plusieurs programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies. Même si on ne peut attribuer au CSC l'initiative de tous ces programmes, c'est lui qui a su mobiliser la population et répondre à bon nombre des besoins les plus pressants. Il est encore trop tôt pour conclure à l'efficacité des efforts de promotion de la santé, mais il y a lieu de prendre en considération, dans l'examen de la variation nette dans les dépenses, l'amélioration du service ainsi que d'autres facteurs mentionnés mais non quantifiés.

Tableau 23: Comparaison du total des coûts en dollars constants de 1991 entre 1991–1992 et 1995–1996[*,†]

Poste	1991-1992	1995-1996	Différence	Variation en %
Dépenses de l'établissement (tableau 19)	1 266 314 $	1 136 157 $	-130 157 $	-10,3%
Dépenses d'ambulance (tableau 21)	18 730 $	29 194 $	10 464 $	55,9%
Dépenses d'hospitalisation (tableau 22A)	930 203 $	775 087 $	-155 116 $	-16,7%
TOTAL DES DÉPENSES	**2 215 247 $**	**1 940 438 $**	**-274 809 $**	**-12,4%**

* *Source des données : Services financiers, Services hospitaliers, Assurance-maladie et Services d'ambulance du MSSC; Service d'ambulance de McAdam.*

† Note: Étant donné que les prix de journée du DECH et du CCH pour 1995-1996 sont des estimations, le total des dépenses liées à l'hospitalisation pour 1995-1996 est aussi une estimation. Par conséquent, le total des dépenses pour 1995-1996 changera une fois que les prix de journée réels remplaceront les estimations.

Partie 5.0 SOMMAIRE ET CONCLUSIONS

Le projet du CSC de McAdam visait à étudier les répercussions de la prestation de soins de santé primaires à des résidents d'une collectivité rurale du Nouveau-Brunswick. Voici les questions auxquelles le projet devait tenter de répondre : 1) dans quelle mesure les résidents ont-ils eu recours à d'autres établissements de soins de santé, en particulier les hôpitaux, avant et durant le projet? 2) dans quelle mesure l'utilisation de services de santé primaires a-t-elle modifié le coût global des soins de santé? 3) dans quelle mesure y a-t-il eu coordination des services dispensés par tous les dispensateurs de soins de santé de façon à assurer une programmation qui réponde aux besoins de santé de la collectivité? 4) quel a été le degré de satisfaction de la population et du personnel? 5) dans quelle mesure les professionnels de la santé ont-ils pu offrir leur collaboration au sein d'un mode multidisciplinaire appelé « pratique complémentaire »?

Il ressort clairement de la présente étude que les composantes prévues pour McAdam ont été mises en oeuvre, avec, toutefois, leur part de défis. Comme on peut s'y attendre pour toute nouvelle entreprise, le facteur restrictif qui a joué dans l'établissement des composantes du projet est le peu de temps qui s'est écoulé avant que soient mesurées les répercussions sur l'utilisation, les coûts, le niveau de compréhension et le degré d'acceptation. À court terme – de juillet 1994 à mars 1996 – les modifications apportées au fonctionnement du modèle ont donné lieu à une prestation de services en apparence plus efficiente et plus efficace. Grâce aux initiatives en matière de formation et à leur participation dans l'élaboration et la prestation des programmes communautaires, les membres de l'équipe des soins de santé ont réussi à mieux cerner leurs rôles respectifs dans le contexte d'une prestation collective de services primaires assortis d'un volet en milieu communautaire. Quant aux médecins, comme le signalait le rapport d'évaluation provisoire du CSC de McAdam, ils semblaient hésiter au début à adopter le concept de la « pratique complémentaire », mais ils se disent plus à l'aise avec ce concept depuis l'approbation des protocoles et des lignes directrices concernant la pratique pour les consultations en clinique externe et l'urgence. Dans l'ensemble, le modèle a amélioré la qualité de vie au travail du personnel qui dispose maintenant d'heures de travail régulières et de perfectionnement professionnel, et qui fournit un service que la population trouve acceptable.

La fonction de triage et d'aiguillage est une partie importante du modèle. Elle donne à l'infirmière un rôle élargi dans la prise de décisions, et celle-ci s'assure que le dispensateur de services le plus pertinent voit aux besoins du client en matière de santé. Les comptes rendus anecdotiques du personnel, ainsi que les données d'utilisation qui illustrent les habitudes des dispensateurs de services en matière d'aiguillage, fournissent des indications selon lesquelles l'approche disciplinaire est bien comprise. De plus, même si la vérification des dossiers médicaux n'a pas fourni à elle seule des preuves quantitatives de l'occurrence de la « pratique complémentaire », elle a toutefois joué un rôle utile en mettant en lumière des lacunes dans la tenue des dossiers. Des améliorations à ce chapitre sont en cours.

On avait envisagé, en planifiant le CSC, que d'autres dispensateurs de soins de santé servant la population cible utiliseraient le centre comme lieu de prestation de services, et même qu'ils y regrouperaient leurs bureaux. La Santé publique, les services en milieu communautaire de la division FSSC, l'HEM et la Santé mentale constituaient certains des utilisateurs éventuels. Or,

jusqu'à présent, seuls l'HEM et le dispensateur de soins de santé mentale utilisent les locaux du centre de façon régulière. D'autres dispensateurs, notamment la Santé publique, n'utilisent pas le centre, bien qu'ils soient des membres actifs du Comité d'action interdisciplinaire. Le personnel de la Santé publique signale que ses relations de travail avec le personnel du Centre sont positives, tout en se disant préoccupé du fait qu'il y aurait un dédoublement de services. Des exemples de programmes qui se chevauchent sont la formation prénatale et certains programmes offerts dans les écoles.

Il y a cependant lieu de noter que, afin d'optimiser l'utilisation des ressources financières, la Santé publique n'offre ses programmes que lorsqu'un nombre minimum de participants y sont inscrits. Cette différence d'approche dans la capacité d'offrir des programmes a pour effet de transférer la prestation de services d'un secteur (donc d'un budget) du système de santé à un autre.

De façon générale, le projet affiche une réduction nette de 270 936 $, soit une variation nette de -12,2 p. 100. Ce chiffre comprend les initiatives mises en oeuvre dans la Région 3, distinctes des stratégies mises en place pour le modèle du CSC. De plus, comme l'analyse des coûts ne tient pas compte des coûts liés à l'HEM, à la prestation des services sociaux et aux activités de la Santé publique, le coût des soins de santé s'en trouve sous-estimé. Quoiqu'il en soit, étant donné l'amélioration de la promotion de la santé et de la prévention des maladies dans la région, il n'est pas impossible que le modèle entraîne à long terme une réduction des coûts pour l'ensemble du système. Il faudrait, pour mesurer cette hypothèse, concevoir une étude contrôlée à plus long terme.

Partie 6.0 RECOMMANDATIONS

Recommandations générales

1. Les études d'évaluation des besoins fournissent des renseignements importants sur la santé et le comportement des collectivités et constituent un outil important pour l'établissement d'un mode de prestation de services axé sur les soins de santé primaires, dont il a été fait l'essai à McAdam. Toutefois, pour être utiles, les évaluations doivent être adaptées à la population cible, représentatives de tous les groupes d'âge et administrées à un moment de l'année qui assure le plus grand nombre de répondants possible.

2. Les membres de l'équipe de la « pratique complémentaire » à McAdam ont déclaré que le manque de clarté dans les rôles et les responsabilités de même que les lacunes dans la compréhension du principe de la « pratique complémentaire » ont nui au déroulement du projet. Des activités et une formation visant à prévenir ce genre de confusion devraient être entreprises dès les débuts de la planification et de la mise en oeuvre du projet.

3. En plus du point mentionné ci-dessus, une gestionnaire des soins infirmiers affectée exclusivement au projet à titre de coordonnatrice et une infirmière clinicienne spécialisée chargée de faciliter la programmation communautaire sont essentiels pour assurer la coordination, la planification et la mise en oeuvre d'un projet visant le changement.

4. Pour aider au bon fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire et faciliter le triage, les professionnels de la santé doivent se trouver à proximité les uns des autres pour être en mesure d'échanger de l'information relative à la gestion des cas et des services.

5. Selon le personnel infirmier du modèle de McAdam, travailler sous deux modes très différents de prestation de services n'est pas propice à la gestion de cas ni à la planification des programmes communautaires. Il semble que l'affectation exclusive de personnel infirmier soit essentielle pour que ces activités se déroulent efficacement.

6. En fin de compte, les protocoles de pratique élaborés pour l'urgence de McAdam ne couvraient pas les problèmes de santé les plus souvent rapportés. Dans la mesure du possible, il faudrait d'abord examiner les motifs des consultations à l'urgence, avant de sélectionner les problèmes de santé pour lesquels il y a lieu d'élaborer des protocoles de pratique. La même démarche préalable s'applique pour sélectionner les problèmes de santé qui se prêteraient le mieux à la pratique collective pour les consultations en clinique.

7. Si les populations cibles en viennent à délaisser l'urgence des hôpitaux voisins pour se rendre au CSC, cette modification du comportement peut indiquer le degré d'acceptation du changement apporté à la méthode de prestation des services de santé. Pour réussir à mesurer le changement qui suit la réorganisation d'un établissement hospitalier en CSC, il faut suivre l'utilisation des autres services d'urgence par les résidents de la région ciblée avant que survienne le changement afin d'obtenir les données de base nécessaires à la comparaison.

8. Des stratégies de promotion innovatrices et créatives ont favorisé de façon générale la compréhension et le degré de satisfaction du public à l'égard des services offerts au CSC de McAdam. À l'appui du changement dans le mode de prestation des services de santé, la

promotion par la communication est essentielle si l'on veut assurer l'acceptation et la satisfaction de la collectivité.

Recommandations particulières au projet de McAdam

9. Étant donné les difficultés auxquelles a donné lieu la vérification des dossiers médicaux, il serait indiqué de réorganiser les renseignements à consigner au dossier et à donner une formation sur les genres de renseignements à consigner.

10. Pour la durée du projet, les infirmières ont bénéficié d'une protection sous forme d'une lettre du ministre leur permettant d'élargir leurs rôles conformément aux protocoles de « pratique complémentaire » sans crainte de poursuites judiciaires. Pour mettre à l'essai le concept de la pratique collective, une telle mesure était nécessaire. Si le projet change d'état et n'est plus désigné comme projet pilote, il sera nécessaire de revoir cette protection.

11. Le dédoublement de certains services et les différences de principes dans la façon d'aborder la prestation de services parmi les divers professionnels de la santé indiquent qu'il est nécessaire de déployer plus d'efforts pour la coordination des programmes et des services offerts.

Partie 7.0 OUVRAGES CITÉS

1. Short, P. 1994. *McAdam Community Health Centre Pilot Project, Progress Report.* Un rapport préparé pour la corporation hospitalière de la Région 3, province du Nouveau-Brunswick.
2. Sanford, S. 1995. *McAdam Community Health Centre Interim Evaluation Report.* Rapport au Comité directeur du projet de McAdam, Unité d'analyse et d'évaluation des programmes, ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick.
3. Statistique Canada, 1986. Recensement national de la population.
4. Statistique Canada, 1991. Recensement national de la population.
5. Way, D. and L. Jones, 1994. "The family physician-nurse practitioner dyad: indications and guidelines". *Can Med Assoc J* 151(1): 29-34.
6. Stanhope, M. 1995. "Primary health care practice: Is nursing part of the solution or the problem?" *J Health Promotion* 18(1): 49-68.
7. Abelson. J., and B. Hutchison, 1994. "Primary health care delivery models: A review of the international literature". *CHEPA Working Paper Series 94-15*, McMaster University, Hamilton, Ontario,
8. Church W. J., L.D. Saunders, M.I. Wanke. and R. Pong, 1995. *Modèles organisationnels de soins de santé communautaires : revue de la documentation.* Un rapport préparé pour les sous-ministres de la Santé fédéraux, provinciaux et territoriaux. Santé Canada : ISBN 0-662-24227-0.
9. Short, P., 1994. *McAdam needs assessment study.* Un rapport préparé pour la corporation hospitalière de la Région 3, province du Nouveau-Brunswick.
10. Garcia M.A., D. Bruce, J. Niemeyer and J. Robbins, 1993. "Collaborative practice: A shared success". *Nursing Management* 24 (5): 72-78.
11. Norsen L., J. Opladen, and J. Quinn, 1995. "Practice model: Collaborative practice". Advanced *Practice Nursing* 7 (1): 43-52.
12. Pong, R., D. Saunders, J. Church, M. Wanke, and P. Cappon, 1995. *Ressources humaines en santé dans le domaine des soins de santé communautaires : revue de la documentation.* Un rapport préparé pour les sous-ministres de la Santé fédéraux, provinciaux et territoriaux, Santé Canada: ISBN 0-662-24226-2.
13. Waller. W, 1992. *Community health centre project - McAdam.* Note de synthèse au groupe de supervision de la haute direction, ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, le 15 juin.
14. Birenbaum, R., 1994. "Nurse practitioners and physicians: Competition or collaboration?" Can *Med Assoc*, J 151(1): 76-78.
15. Santé et Bien-être Canada. Direction générale des services et de la promotion de la santé, 1992. *Helping community health centres work more effectively with their communities: The role of community development.* 63 pg.

16. Bozzini, L., 1988. "Local community services centres (CLSC) in Quebec: Description, evaluation, perspectives", *J Public Health Policy*, 9(3):347-375.

17. Ministère de la Santé, Ontario, 1993. *A picture of health: Community health centres in Ontario*. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario : ISBN 0-7778-1421-8.

18. Hjelm, J., 1995. "The rural health care setting: Is there need for a CNS?" *Clinical Nurse Specialist*, 9 (2): 112-115.

19. Broughton, W., 1991. "Qualitative methods in program evaluation". *Amer J Health Promotion*, 5 (6): 461-465.

20. Sechrest, L.and S., Sidani, 1995. "Quantitative and qualitative methods: Is there an alternative?" *Evaluation and Program Planning*, 18 (1): 77-87.

21. Sheps, S. and A. Robertson, 1984. "Evaluation of primary care in a community clinic by means of explicit process criteria". *Can Med Assoc J*, 131: 881-886.

22. Sibley, J.C., W.O. Spitzer and A.V. Rudnick, 1975. *Quality of care appraisal in primary care: a quantitative method.*

23. Smith, J., D. Scammon, and S., Beck, 1995. "Using patient focus groups for new patient services". *J Quality Improvement*, 21(1): 22-31.

24. Krasnik A., P. Groenewegen, P. Pedersen, P.v Scholten, G. Mooney, A. Gottschau, H. Flierman and M. Damgaard, 1990. "hanging remuneration systems:effects on activity in general practice" *BMJ*,300: 1698- 1701.

25. Wanke, M.I., L.D. Saunders, R. Pong, et W.J. Church, 1995. *Pour établir une assise plus solide : cadre de référence pour la planification et l'évaluation des services de santé communautaires au Canada*. Un rapport préparé pour les sous-ministres de la Santé fédéraux, provinciaux et territoriaux. Santé Canada : ISBN 0-662-24311-0.

26. Abel, P.E., M. Boland, B. Durand, D. Geolot, J. Goodson, G. Isham and L. Steele, 1995. "Work force and community health care needs: A model to link service, education, and the community." *J Health Promotion & Protection* 18 (1): 75-79.

27. Santé et Bien-être Canada, 1992. *Les centres de santé communautaire et le développement communautaire*. Approvisionnement et Services Canada : ISBN 0-662-20036-5.

28. Pike, A.W. and H.B. Alpert, 1994. "Pioneering the future: The 7 north model of nurse-physician collaboration." *Nursing Administration Quarterly*, 11-18.

Annexe A.

PARTICIPANTS

A. Comité directeur

Ken McGeorge	(président, 1993–1995) Corporation hospitalière de la Région 3
John McGarry	(président, 1995–1996) Corporation hospitalière de la Région 3
John Burke	Health Management Services
Jim Carter	MSSC
Jean Castonguay	MSSC (1995–1996)
John DiCaire	MSSC
Gerard Doucet	MSSC
Bonny Hoyt-Hallett	MSSC
Aline Saintonge	MSSC
Wally Waller	MSSC (1993–1995)

Ressources du Comité

Kate Abblitt	Health Management Services (1993–1994)
Carole Dilworth	MSSC
Beverley Greene	Corporation hospitalière de la Région 3
Nan Luke	MSSC
Dick Quigg	MSSC
Mary Shields	Health Management Services (1993–1995)
Barbara Smith	Corporation hospitalière de la Région 3 (1995–1996)

B. Comité d'élaboration du cadre d'évaluation

Carole Dilworth	(présidente) MSSC
Chris Heisner	MSSC
Brigitte Maicher	MSSC
Mary Shields	HMS
Penny Short	Corporation hospitalière de la Région 3

Ressource du Comité

Shirley-Baisley Moffatt	Centre de santé communautaire de McAdam
Germaine MacKinnon	MSSC
Myrna Robinson	Centre de santé communautaire de McAdam
Conseils :	Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) Société médicale du Nouveau-Brunswick

C. Comité de travail de l'évaluation

Carole Dilworth	(présidente,) MSSC
Beverley Greene	Corporation hospitalière de la Région 3
Dr.Ray Pong	Conseiller externe, Université Laurentienne
Shannon Sanford	MSSC
Barbara Smith	Corporation hospitalière de la Région 3

Ressource du Comité

Bonny Boudreau	MSSC
Frank Carroll	Maire de McAdam
Paul Girouard	MSSC
Yvonne Greenlaw	Corporation hospitalière de la Région 2
Rev. Bill McLeod	Corporation hospitalière de la Région 3
Shirley Baisley Moffatt	Centre de santé communautaire de McAdam
Betty Nesbitt	Corporation hospitalière de la Région 2
Pam Rippin	Corporation hospitalière de la Région 3
Paul Seymour	MSSC
Lois Scott	MSSC

Soutien technique

Anne Allain	MSSC
Francine Boudreau	MSSC
Carol Rankin	Corporation hospitalière de la Région 3
Jill Ritchie	Corporation hospitalière de la Région 3

Annexe B.

PLAN MINISTÉRIEL

Plan ministériel

Santé et Services communautaires

Notre vision

Le ministère de la Santé et des Services communautaires s'engage à favoriser le bien-être de tous les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises.

Notre mission

À partir de cette vision émerge la mission du ministère :
Collaborer au bien-être des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises en :

- encourageant l'autonomie et la responsabilité envers soi-même;
- fournissant au besoin les services approuvés.

Nos principes

L'atteinte des objectifs de la mission suppose le respect de huit principes de base.
Le ministère doit :

- fournir des services en fonction des ressources disponibles;
- remplir sa mission de manière efficiente et efficace;
- fournir des services répondant aux besoins;
- adopter une programmation sélective;
- fournir des programmes sur une base équitable;
- adopter un cadre de planification à l'échelle provinciale et une prestation de services décentralisés;
- adopter une approche coordonnée en matière de planification, d'élaboration et de prestation des programmes et des services; et
- adopter une approche orientée vers l'obtention de résultats.

Nos buts/directions

Le ministère poursuit cinq buts/directions principaux :

- Accroître le nombre d'années pendant lesquelles les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises vivent sans maladie grave, handicap ou infirmité.
- Accroître l'accent mis sur la promotion du bien-être et la prévention de dysfonctions sociales.
- Aider les personnes et les familles à atteindre et à conserver un bien-être maximum.
- Promouvoir l'atteinte et le maintien d'un environnement physique et social sain.
- Offrir des services de santé et communautaires équitables, abordables et pertinents à la population néo-brunswickoise.

Nos valeurs

Conscient de l'importance de sa mission, le ministère a fait siennes les valeurs suivantes.
Nous privilégions :

- la compétence et le rendement efficace du personnel comme étant l'atout le plus important du ministère;
- un environnement qui stimule et récompense les efforts du personnel afin d'assurer un rendement optimal; les employés doivent avoir le sentiment d'être des membres à part entière d'une équipe et voir leurs efforts soulignés;
- le leadership de gestionnaires qui ont à coeur le bien-être actuel et futur des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises;
- des gestionnaires ayant un esprit ouvert qui encouragent une communication directe et bilatérale;
- la loyauté envers la mission, les buts/directions et les objectifs du ministère afin d'en faciliter la réalisation;
- le traitement avec dignité de l'individu comme étant fondamental à toutes les activités et interactions du ministère;
- la responsabilité et l'imputabilité comme éléments essentiels du fonctionnement et de la gestion du ministère.

Sous-ministre

Nouveau Brunswick

Santé et Services communautaires

Annexe C.

MANDAT DU COMITÉ

DE TRAVAIL DE L'ÉVALUATION

MANDAT

du

COMITÉ D'ÉVALUATION DU CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM

Unité d'analyse et d'évaluation des programmes
Division de la planification et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services communautaires
le 30 janvier 1996

CONTEXTE

Le ministère de la Santé et des Services communautaires et la Région 3 ont mis le CSC de McAdam sur pied à titre de projet pilote afin d'étudier la faisabilité de dispenser des soins de santé primaires à une localité rurale du Nouveau-Brunswick. La population cible du projet consiste dans les 2 300 résidents de la zone desservie dans un rayon de 40 km par l'ancien hôpital, y compris le village de McAdam et sa paroisse environnante.

La planification du CSC a suivi de près la mise hors service des 13 lits d'hospitalisation au MacLean Memorial Hospital au moment de la réorganisation du réseau hospitalier du Nouveau-Brunswick en 1992. Cette mise hors service des lits s'était, de plus, accompagnée d'une diminution importante du personnel.

La conception du modèle de prestation du CSC a incorporé deux composantes principales : la composante de promotion de la santé et de prévention des maladies et la composante des soins de soutien, des soins en réadaptation et des soins curatifs. On a alors créé trois modules pour servir les deux composantes. En voici une brève description :

> **Le module 1** est la composante de promotion de la santé et de prévention des maladies. Il vise directement la collectivité et la famille. La principale stratégie du module touche la planification et la coordination d'activités considérées comme favorables à la santé et au mieux-être social des résidents de la région. Ces activités sont directement liées aux besoins établis au moyen de l'examen des besoins effectué auprès de la population en 1993. Le véhicule de mise en oeuvre de la stratégie prévu était un comité d'action interdisciplinaire regroupant le personnel professionnel du CSC, des représentants des organismes de santé et de services sociaux oeuvrant dans la collectivité et des représentants communautaires.
>
> **Le module 2** est la composante des soins de soutien, des soins en réadaptation et des soins curatifs et, contrairement au module 1, il est axé sur la famille et la personne. Ce module prévoit la prestation des soins primaires selon une approche interdisciplinaire décrite sous le nom de « pratique complémentaire ». La « pratique complémentaire » est une approche qui encourage les professionnels de la santé à travailler ensemble en collaboration et en coopération en tant que partenaires de l'équipe de prestation de soins de santé. Chacun aiguille les clients nécessitant un traitement et un suivi continus vers le membre de l'équipe le mieux placé pour dispenser le service. À McAdam, le dispensateur peut être l'infirmière, la physiothérapeute, la diététiste, la pharmacienne ou le médecin. Le membre de l'équipe le plus approprié est désigné comme gestionnaire du cas.

Les mécanismes de coordination de la « pratique complémentaire » comprennent le regroupement du cabinet du médecin et des autres membres du personnel, la centralisation de la prise de rendez-vous et l'intégration des dossiers médicaux. Par ailleurs, des paramètres relatifs à la pratique sont élaborés comme guides pour préciser les circonstances dans lesquelles l'aiguillage vers d'autres membres de l'équipe est approprié.

Le module 3 (le service d'urgence et d'observation de 24 heures) s'inscrit également dans la composante des soins de soutien, des soins en réadaptation et des soins curatifs. La caractéristique unique du module est que les infirmières sont légalement habilitées à s'occuper de l'examen, du traitement et du congé de clients selon certains protocoles de pratique bien définis dont l'élaboration a fait appel aux groupes d'intervenants clés que sont la Société médicale du Nouveau-Brunswick et l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. Les infirmières peuvent appliquer les protocoles définis sans consigne et sans la signature du médecin.

On a conçu plusieurs stratégies administratives visant à aider le CSC à dispenser les soins de façon efficiente. Tout d'abord, des bureaux au CSC ont été attribués aux quatre principaux professionnels de la santé — l'infirmière de pratique complémentaire, le médecin, la diététiste et la physiothérapeute.

Une autre stratégie a été d'encourager le regroupement à l'établissement d'autres services de santé et services sociaux communautaires. On a supposé que la coordination et la communication parmi les professions s'amélioreraient une fois que tous les dispensateurs de services seraient regroupés sous un même toit. L'infirmière-hygiéniste a un bureau à elle au Centre, où elle voit des patients régulièrement. Le professionnel de la santé mentale voit lui aussi des clients au Centre. Les infirmières de l'HEM se rendent au Centre quotidiennement et y mènent leurs activités de tenue de dossiers.

L'établissement d'un système intégré de tenue des dossiers est une autre stratégie de coordination mise en place en septembre 1993. Cette méthode de consignation des notes d'évolution signifie que tous les membres de l'équipe de la « pratique complémentaire » inscrivent leurs notes concernant un même patient dans un unique dossier médical. On perçoit cette intégration comme un facteur de réussite important dans l'approche interdisciplinaire de la prestation des soins primaires.

OBJECTIF

La planification initiale du CSC prévoyait une évaluation en deux étapes, la première étape à réaliser après les six premiers mois de fonctionnement (de juillet à décembre 1994), et la deuxième, après

18 mois de fonctionnement. L'évaluation devait étudier des questions concernant l'utilisation, le coût, l'acceptation (par les professionnels et par la collectivité), la participation de la collectivité, la pratique complémentaire, l'approche interdisciplinaire (en équipe) et l'élaboration de programmes fondée sur les besoins établis. Ces questions d'intérêt sont incorporées au cadre de l'évaluation sous la forme de cinq buts d'évaluation. On a achevé l'étape I, soit l'évaluation provisoire après six mois, en mai 1995.

Le Comité d'évaluation est chargé de la mise en oeuvre de l'étape II de l'évaluation, qui consistera dans l'évaluation du rendement du Centre de santé après 18 mois de fonctionnement en regard des buts établis dans le cadre d'évaluation. Le rapport d'évaluation aura comme objectif de fournir de l'information qui aidera à la prise de décisions menant à un fonctionnement optimal du Centre de santé.

PARAMÈTRES DU PROJET

a. Organisation du Comité d'évaluation

- Composition du comité :

Carole Dilworth (présidente),	conseillère principale en évaluation, Division de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services communautaires
Bev Greene,	corporation hospitalière de la Région 3
Ray Pong (externe),	co-directeur, Unité de recherche sur les ressources humaines en santé dans le Nord, Université Laurentienne
Shannon Sanford,	évaluateur de programmes, Division de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services communautaires
Barb Smith,	Directrice adjointe des soins infirmiers, corporation hospitalière de la Région 3.

- Les communications avec le conseiller externe se feront surtout au moyen de la téléconférence, et deux visites sont prévues à Fredericton : la première à mi-chemin du projet, et la deuxième, pour la présentation du rapport définitif au comité directeur. Le conseiller fournira au comité un encadrement et des conseils professionnels tout au long du projet.

- Les décisions seront prises par consensus.

- Un procès-verbal de toutes les réunions du Comité sera dressé et distribué à tous les participants.

b. Travaux livrables

- Le Comité présentera un rapport au Comité directeur du CSC de McAdam le 15 juin 1996 au plus tard. Tous les membres du Comité, y compris le conseiller externe, assisteront à la présentation.

- Le rapport définitif fera mention des collaborateurs selon les normes de l'éthique professionnelle applicables à la publication et à la propriété intellectuelle.

- Les versions électroniques du rapport seront en format WordPerfect 5.1.

c. Coût

- Le conseiller externe fera parvenir au ministère de la Santé et des Services communautaires une facture pour ses services selon un tarif préétabli.

Annexe D.

BUTS DU PROJET ET

CADRE D'ÉVALUATION

Document 1

ÉTUDE D'ÉVALUATION DU CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM

Cadre de travail

Buts

Questions de l'évaluation

Données nécessaires

Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick
Division de la planification et de l'évaluation

Version initiale : le 28 janvier 1994
Révisions : le 15 février 1994
le 1er mars 1994
le 25 avril 1994
le 13 mai 1994
le 4 mars 1996

Préface

Le document ci-joint décrit les buts d'évaluation du projet pilote du Centre de santé communautaire de McAdam, les questions de l'évaluation ainsi que les données nécessaires pour évaluer le succès du projet.

Cette nouvelle forme de prestation des soins de santé a été établie à McAdam en 1994 et consiste dans trois modules, qui sont les suivants :

Le module 1 suit le concept de la « pratique complémentaire », en vertu duquel les professionnels de la santé travaillent ensemble à titre de partenaires égaux au sein d'une équipe de prestation des services de santé. Les principales caractéristiques du concept sont l'aiguillage parmi les membres de l'équipe selon des protocoles établis de même qu'une participation commune à la gestion et à la planification des cas afin de déterminer la meilleure façon d'aider les patients qui nécessitent des soins continus.

Le module 2 est la composante qui regroupe l'urgence et les lits d'observation du Centre de santé. Dans le cadre de cette composante, l'infirmière peut s'occuper de l'examen, du traitement et du congé des patients à l'urgence selon des protocoles établis. L'infirmière peut également déterminer s'il est nécessaire d'adresser un patient au médecin. Cette composante du service de l'urgence est assurée par des infirmières ayant suivi une formation supplémentaire qui les qualifient pour l'application des protocoles de pratique complémentaire. Pour toutes les autres procédures et décisions, le médecin est le professionnel principal.

Une limite de 48 heures est imposée pour les lits d'observation, qui servent à l'examen et à la stabilisation de patients qui, à l'intérieur de cette limite, sortent pour être transférés à un autre établissement, retourner à la maison, etc.

Le module 3 suit le principe des soins de santé primaires. Il repose sur la détermination des besoins en santé et des besoins sociaux de la collectivité. Dans ce module, tous les dispensateurs de services satisfont aux besoins établis en suivant une approche interdisciplinaire. Grâce à cette approche, l'équipe, qui comprend les professionnels du centre de santé, les travailleurs sociaux communautaires, les travailleurs de la santé mentale et ceux de la santé publique ainsi que des représentants communautaires nommés, travaillent ensemble à la planification et à la promotion de programmes précis de promotion et de prévention visant à accroître le mieux-être de la population.

Les cinq buts du programme mis au point pour guider la mise en oeuvre du projet tiennent compte de ces modules, sans toutefois les énoncer explicitement. Aux fins de l'évaluation, l'équipe d'évaluation du programme a « adapté » les modules aux buts. Nous avons en outre cerné les questions qui découlent des buts et précisé les données nécessaires pour répondre aux questions. Dans certains cas, par exemple le module 2, les questions sont liées au but le plus pertinent. Ainsi,

les questions relatives à l'utilisation de l'urgence et des lits d'observation sont placées sous le but 2, puisqu'elles portent sur la composante « médicale » du modèle et qu'aucun autre but du projet ne vise à mesurer leur utilisation.

En dernière analyse, l'évaluation devrait fournir de l'information relative aux domaines précis suivants :

- utilisation,
- coût,
- acceptation (par les professionnels et par la collectivité),
- participation de la collectivité,
- pratique complémentaire,
- approche interdisciplinaire (approche en équipe),
- élaboration de programmes fondée sur les besoins établis.

Les liens entre les buts, les modules et les questions de l'évaluation sont illustrés par un tableau (figure 1) situé à la dernière page du présent document.

Enfin, il convient de noter qu'une évaluation en cours d'exécution, ou évaluation formative, a été menée après six mois de fonctionnement du Centre de santé et achevée en mai 1995. Pour cette évaluation, on avait recueilli la plupart des données à la main. Depuis, la corporation hospitalière a mis en place à McAdam le système Meditech. Les données provenant de ce système sont mieux définies, normalisées et plus épurées qu'auparavant. C'est la raison pour laquelle l'évaluation des résultats, ou évaluation sommative, ne tiendra compte que des données recueillies et analysées depuis avril 1995.

ÉLÉMENTS DE PLANIFICATION POUR L'ÉVALUATION DU PROGRAMME CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (CSC) DE McADAM

But d'évaluation 1 : Évaluer le succès de l'application du concept de « pratique complémentaire » à la prestation de services de santé aux résidents de la zone desservie par le MacLean Memorial Hospital à McAdam, au Nouveau-Brunswick.

Résultat souhaité :

La « pratique complémentaire » est mise en oeuvre et bien utilisée par la population et le personnel (module 1, partie du module 2), sans coûts additionnels pour le système.

Stratégies :

- Regroupement sous un même toit de l'équipe du CSC.
- Une seule entrée à l'édifice du Centre de santé.
- Système intégré de tenue des dossiers médicaux, avec notes d'évolution multidisciplinaires.
- Élaboration de paramètres de pratique de type « complémentaire » pour l'hypertension artérielle et le diabète.
- Élaboration et mise en oeuvre de protocoles pour l'urgence permettant aux infirmières de voir à l'accueil, au traitement et au congé des patients qui se classent dans six catégories de problèmes de santé.

	APRÈS 18 MOIS
Question 1 Dans quelle mesure les résidents de la zone desservie utilisent-ils les services des médecins, infirmières, physiothérapeute et diététiste de McAdam?	*Données nécessaires* o Nbre total de patients vus par chaque dispensateur de services (tendance) : a) nbre de patients de la zone desservie; b) nbre de patients de l'extérieur. o Nbre de consultations par personne par dispensateur de services. o Profil des consommateurs, p.ex. âge, sexe.
Question 2 Dans quelle mesure les résidents se présentent-ils sans recommandation et pour quels motifs d'ordre général?	o % qui se présentent sans recommandation et motif(s) de la consultation.

Question 3 a) Suivant l'instauration des protocoles de pratique pour l'hypertension et le diabète, le nombre de consultations auprès du médecin pour les affections visées a-t-il changé durant la période à l'étude? b) Quel est le profil des patients réitérants?	o Nbre total de patients qui consultent le médecin plus d'une fois. o Motif de la nouvelle consultation. o Profil des patients réitérants, p.ex. âge, sexe, catégories de maladie comparativement au profil des patients vus l'année précédente.
Question 4 Dans quelle mesure les aiguillages entre les dispensateurs de services sont-ils pertinents?	o Preuves de la pertinence des aiguillages entre les dispensateurs de services, fournies par l'examen d'un échantillon de dossiers médicaux en fonction de catégories de diagnostic. (Les catégories sont celles pour lesquelles des protocoles de pratique sont élaborés, soit l'hypertension et le diabète.) o Opinion des professionnels de la santé concernant la pertinence des aiguillages.
Question 5 Dans quelle mesure a-t-on appliqué la gestion de cas à la planification du traitement des patients vus de façon régulière par plus d'un membre de l'équipe?	*Données nécessaires* o Preuves de la tenue de réunions régulières de l'équipe (selon l'annexe J du rapport d'avancement). o Preuves de la pertinence du choix du gestionnaire de cas (p.ex. vérification au hasard des dossiers). o Perception des membres de l'équipe concernant : • le temps consacré à l'examen et à la planification, • l'étendue du partage de l'information et du matériel.

Question 6 Dans quelle mesure les infirmières fournissent-elles des services à l'urgence comme il est prévu dans les protocoles suivants? • Brûlures superficielles • Épistaxis mineure • Petites plaies ouvertes • Traitement prophylactique d'anatoxine tétanique • Anaphylaxie • Entorses et foulures superficielles	o Nbre de consultations relevant des protocoles pour l'urgence. o Nbre de fois que les infirmières ont vu à l'examen, au traitement et au congé de patients selon les nouveaux protocoles (c.-à-d. application des protocoles). o Nbre de fois que les médecins ont vu au traitement de patients à l'urgence dont le problème était couvert par un protocole.

But d'évaluation 2 :	**Examiner la fréquence de l'utilisation des services du Centre de santé communautaire, décrire les répercussions sur l'hospitalisation et déterminer les coûts connexes pour la Division des services en établissements du ministère de la Santé et des Services communautaires.**
Résultat souhaité :	Réduction du nombre d'hospitalisations et des coûts connexes (modules 2 et 3).
Stratégies :	• Médecins sur place au CSC. • Lits d'observation de 48 heures aux fins d'examen et de stabilisation. • Éducation publique accrue concernant des questions de santé, la prise de médicaments, etc. • Programmes de prévention et de promotion pour accroître le mieux-être.

Lits d'urgence/d'observation	**Après 18 mois**
Question 1 Quel est le profil d'utilisation de l'urgence au CSC? Remarque : les données sur les consultations pré-CSC ne sont pas facilement accessibles.	*Données nécessaires* o Nbre de consultations à l'urgence par les résidents de la région selon le type, c.-à-d. urgente, non urgente, etc. o Nbre de consultations à l'urgence par des personnes de l'extérieur de la zone desservie. o Profil des consommateurs, p.ex. âge, sexe.
Question 2 Les résidents de la zone desservie ont-ils accru leur utilisation de l'urgence d'autres hôpitaux à la suite des changements dans la prestation des soins de santé à McAdam?	o Nbre de consultations par des résidents de la région à d'autres urgences avant la mise hors service des lits et une fois le CSC établi, p.ex. DECH, St. Stephen, Harvey, Oromocto. o Motifs de la consultation.

Question 3 Dans quelle mesure et pour quels motifs les lits d'observation sont-ils utilisés?	o Taux d'occupation des lits d'observation. o Motifs d'admission (diagnostic d'admission). o Durée moyenne des séjours par tranches de 12 heures. o Nbre de séjours qui dépassent 48 heures et motifs. o Nbre d'admission pour soins palliatifs.
Question 4 Où vont les bénéficiaires des lits d'urgence / d'observation à leur sortie?	o % qui retournent à la maison. o % qui sont envoyés à l'hôpital (indiquer lequel). o % de décès (causes, p.ex. malade en phase terminale, accident, etc.) o % qui vont ailleurs.
Recours à l'hospitalisation *Question 1* Dans quelle mesure le taux et le coût de l'hospitalisation de résidents de la région ont-ils changé depuis la réduction de lits et l'instauration du modèle du CSC? Remarque touchant l'interprétation : le Point d'entrée unique est en vigueur depuis 1991, l'HEM, depuis septembre 1992; la réduction des lits au MacLean Memorial Hospital a eu lieu en décembre 1992.	o Portrait de l'utilisation et coût de l'hospitalisation (par 1000 hab.) de résidents de la zone desservie en 1991-1992 (mise en vigueur du PEU), en 1993-1994 (PEU, HEM, réduction de lits) et depuis 1994 (PEU, HEM, CSC) : • Durée moyenne du séjour à l'hôpital : - Nbre total de radiations. - Nbre total de jours-patients. • Prix de journée par hôpital.

Coût des soins de santé primaires	
Question 1 Quel est le coût global du modèle de prestation de soins de santé après 6 mois et après 18 mois par rapport au modèle en place avant la mise hors service des lits (déc. 1992)?	o ETP sur place avant la mise hors service de lits et une fois le CSC établi. o Salaire des médecins c. rémunération à l'acte (données historiques). o Coût pour les résidents qui consultent des médecins de famille rémunérés à l'acte (voir but 5). o Frais de fonctionnement.

But d'évaluation 3 :	**Déterminer l'efficacité du Centre de santé communautaire pour ce qui est de favoriser la coordination et la coopération entre l'établissement et d'autres dispensateurs et organismes de services communautaires.**
Résultat souhaité :	Des liens de travail efficaces sont établis entre le CSC et les dispensateurs de services communautaires (module 3).
Stratégies :	• Regroupement des services au CSC. • Approche coordonnée au moyen de la création du Comité d'action communautaire interdisciplinaire* qui comprend les professionnels du CSC et des représentants communautaires. • Réalisation d'un examen des besoins, qui forme le fondement de la planification.

Question 1 Le regroupement des services a-t-il eu lieu?	*Données nécessaires* o Preuves documentées du regroupement des groupes de services de santé et de services communautaires.
Question 2 Quelle a été l'ampleur de la coopération entre l'équipe du CSC et les autres dispensateurs de services de la collectivité, tels que les organismes gouvernementaux (Santé publique, Développement des ressources humaines, etc.), les groupes d'intervention en santé (Association pulmonaire, etc.)?	o Preuves documentées montrant que les décisions du Comité d'action communautaire interdisciplinaire sont mises en oeuvre. o Les opinions des personnes-ressources clés sur le succès de leur rôle et la poursuite du succès.

*** Participants au Comité :**

- Équipe interdisciplinaire du CSC
- Représentant nommé par la collectivité
- Dispensateurs de services communautaires :

  p.ex. . Commission de la santé mentale
  . Infirmière-hygiéniste
  . Services en milieu communautaire de la FSSC

But d'évaluation 4 : Faire la preuve que l'établissement du Centre de santé communautaire contribue à des changements dans la connaissance et dans l'adoption de comportements favorisant la santé.	
Résultat souhaité : Amélioration du degré de connaissance et d'adoption de comportements favorisant la santé (module 3).	
Stratégies : • Examen des besoins pour établir les besoins de la population. • Lancement de programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies.	
Question 1 Partant de l'examen des besoins, quels sont les besoins de santé les plus importants dans la zone desservie? Une fois ces besoins établis, quelle programmation a-t-on mise en vigueur pour y répondre?	*Données nécessaires* o Consignation des besoins de santé établis par l'examen des besoins. o Nbre de programmes communautaires élaborés pour répondre aux besoins établis par l'examen des besoins. o Preuves de la mise en oeuvre d'autres programmes qui répondent à des besoins non cernés précédemment. Décrire les programmes, les participants, la fréquentation.

Question 2 Dans quelle mesure la programmation en promotion de la santé et en prévention des maladies a-t-elle eu un effet sur la santé de la population? Remarque : l'examen des besoins ne suffit pas pour évaluer ce but. Le taux de réponses n'a été que de 25 %, et la surreprésentation à l'enquête de la population âgée biaise les résultats. Il faut également souligner qu'il peut s'écouler une période assez longue avant que les activités de prévention et de promotion ne mènent à des changements dans les comportements de la population visée. Dans la présente étude, de tels changements ne se produiront peut-être pas dans les délais prévus pour l'évaluation.	o Opinion des participants quant aux changements dans leur propre comportement en matière de santé à la suite des programmes du CSC. o Changements dans le degré de sensibilisation aux différentes sources d'aide possibles. o Opinion de personnes-ressources clés obtenue au moyen de groupes de réflexion et information fournie par les évaluations de cours et de cliniques.

But d'évaluation 5 : Évaluer le niveau d'acceptation par la collectivité du modèle du Centre de santé communautaire.	
Résultat souhaité : Niveau élevé d'acceptation manifeste de la collectivité.	
Stratégies :	
Question 1 Quel est le niveau d'acceptation par la collectivité?	*Données nécessaires* o Lettres de soutien ou de plainte adressées par les résidents à la corporation hospitalière de la Région 3 et aux médias. o Échantillon au hasard pour sonder l'opinion de la population (voir le processus d'évaluation). o Utilisation de l'établissement : p.ex. - participation aux cliniques organisées, - clients qui se présentent sans recommandation, - urgence. o Acceptation par la collectivité évaluée par des consultations auprès de celle-ci.
Question 2 Dans quelle mesure les résidents de la région consultent-ils des médecins de famille à l'extérieur de la zone desservie par le CSC?	o Nbre de résidents qui consultent des médecins de famille à l'extérieur de la zone et motifs des consultations (commodité, confiance, etc.).

Annexe E.

PROTOCOLES DE PRATIQUE

Autorisation :
Mai 1995

LIGNES DIRECTRICES POUR LE TRAITEMENT

DE

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE NON COMPLIQUÉE
(ADULTES - 18 ans et plus)

CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM

DÉFINITIONS

Hypertension artérielle non compliquée (adultes)

HYPERTENSION

Le diagnostic d'hypertension chez l'adulte est confirmé lorsque la moyenne d'au moins deux pressions diastoliques, lors d'au moins deux visites subséquentes, est de 90 mmHg ou plus, ou que la moyenne des pressions systoliques multiples, lors d'au moins deux visites subséquentes, est régulièrement supérieure à 140 mmHg.*

NON COMPLIQUÉE

Dans les cas d'hypertension non compliquée, les symptômes d'atteinte des organes cibles sont absents :

a) symptômes d'angine de poitrine
b) symptômes d'insuffisance cardiaque congestive
c) symptômes d'ischémie cérébrale ou d'accident vasculaire cérébral
d) maux de tête, nausées et vomissements graves
e) modifications du niveau de conscience.

ESSENTIELLE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A. Maux de tête et étourdissements provenant d'une cause autre que l'hypertension.

B. Hypertension secondaire

1. Hypertension systolique
   a) Trouble vasculaire artérioscléreux
   b) Hyperthyroïdisme
   c) Anxiété

2. Hypertension diastolique
   a) Trouble rénal
   b) Coarctation de l'aorte
   c) Phaeochromocytome
   d) Syndrome de Cushing

* Tiré de : The 1984 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure; Nurse Practitioner, juillet 1985.

AIGUILLAGE

1. DIÉTÉTISTE

Le traitement non pharmacologique seul est approprié chez les patients dont la pression artérielle diastolique est inférieure à 95 mmHg, qui sont exposés à de faibles risques de troubles cardiovasculaires et qui ne présentent aucune lésion hypertensive des organes cibles.

a) Amaigrissement (si indiqué).
b) Maîtrise du poids - souligner son importance pour le succès à long terme du régime thérapeutique.
c) Restriction du sel - environ 2 g de sodium par jour (peut être modifiée selon la situation socio-économique, les activités de la vie quotidienne et la compréhension du patient).
d) Consommation d'alcool - la réduire à un maximum de deux consommations par jour, soit 2 oz d'alcool, 24 oz de bière, 8 oz de vin.

2. INFIRMIÈRE

a) Éducation - indications et effets des médicaments (si un traitement médicamenteux est prescrit)
- mode de vie et facteurs de risque (p. ex., tabagisme, exercice, stress, alcool)

b) Évaluation - des nouvelles complications
- des effets secondaires des médicaments (si un traitement médicamenteux est prescrit)
- observation du régime thérapeutique

c) Entretien - contrôle général de la tension artérielle, selon le protocole
- rendez-vous pour les analyses en laboratoire, selon le protocole

3. SANTÉ MENTALE (facultatif)

- Consultation sur la gestion du stress, si le stress est considéré comme un facteur significatif pour le succès du traitement du patient.

4. PHYSIOTHÉRAPEUTE (facultatif)

a) Évaluation - de la mise en condition physique par rapport aux exercices prescrits (en consultation avec le médecin traitant)
b) Éducation - facteurs de sécurité touchant l'exercice, symptômes à surveiller
c) Entretien - au besoin, après l'élaboration du programme d'exercices

5. MÉDECIN

- Si la tension artérielle est inférieure à 150/90 mmHg - tous les six mois pendant un an, puis une fois l'an tous les ans
- Si la tension artérielle reste élevée ou dépasse à nouveau 160/95 mmHg
- Patients présentant des effets secondaires importants aux médicaments
- Patients présentant des complications* reliées à l'hypertension
- Patients présentant une nouvelle symptomatologie

* Complications : angine, accès ischémiques cérébraux transitoires ou accident vasculaire cérébral, trouble rénal, complications du traitement.

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES ET TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

	MÉDICAMENTS	SYMPTÔMES SUBJECTIFS	SYMPTÔMES OBJECTIFS
1	DIURÉTIQUES	- crampes dans les jambes ou les mollets, faiblesse, fatigue, apathie, confusion (hypokaliémie) - soif, transpiration réduite, fièvre, faiblesse, confusion (hyponatrémie) - faiblesse, insensibilisation, picotements, réduction du rythme cardiaque, apragmatisme (hyperkaliémie) - baisse de la libido - douleurs articulaires (goutte?) - polyurie, polydipsie, perte de poids (diabète)	- hypotension orthostatique - potassium sérique à 1mois et q6 mois par la suite - dosage de l'acide urique à 3 mois, puis q1 année (ou lors de l'apparition de douleurs articulaires) - glucose après les repas à 3 mois, puis q1 année par la suite
2	BÊTA-BLOQUANTS	- fatigue, léthargie - dépression - nausées - essoufflement - impuissance - cauchemars, excitation	- rythme cardiaque > 80/min., la posologie peut être trop faible ou le patient peut ne pas se conformer à ses prescriptions - évaluation thoracique
3	INHIBITEURS CALCIQUES	- oedème périphérique - étourdissements/vertiges - nausées - bouffées congestives - tachycardie	- chute de la tension artérielle en position debout et assise - oedème périphérique - rythme cardiaque
4	INHIBITEURS DE L'ACE	- toux sèche chronique - oedème facial et périphérique - maux de tête - étourdissements/vertiges - rash - essoufflement - angine - modifications du goût	- hypotension orthostatique (tension artérielle en position assise et debout) - évaluation thoracique
5	RÉSERPINE	- congestion nasale - dépression - douleurs épigastriques - impuissance - méléna	- sang occulte dans les selles, Hgb et Hct en cas de méléna ou de douleurs épigastriques

RÉSUMÉ DES ANALYSES EN LABORATOIRE

Analyses générales en laboratoire : doivent être organisées par l'infirmière, selon le protocole; les autres analyses en laboratoire doivent être prescrites par le médecin traitant.

Avant le traitement :

- Hgb/Hct
- azote uréique du sang
- créatine
- glucose après les repas
- ÉCG
- analyse d'urine
- cholestérol
- triglycérides
- acide urique
- électrolytes

À un mois (si un traitement médicamenteux est instauré) :

- électrolytes

À trois mois (si un traitement médicamenteux est instauré) :

- électrolytes
- glucose après les repas
- acide urique

À six mois (si un traitement médicamenteux est instauré) :

- électrolytes

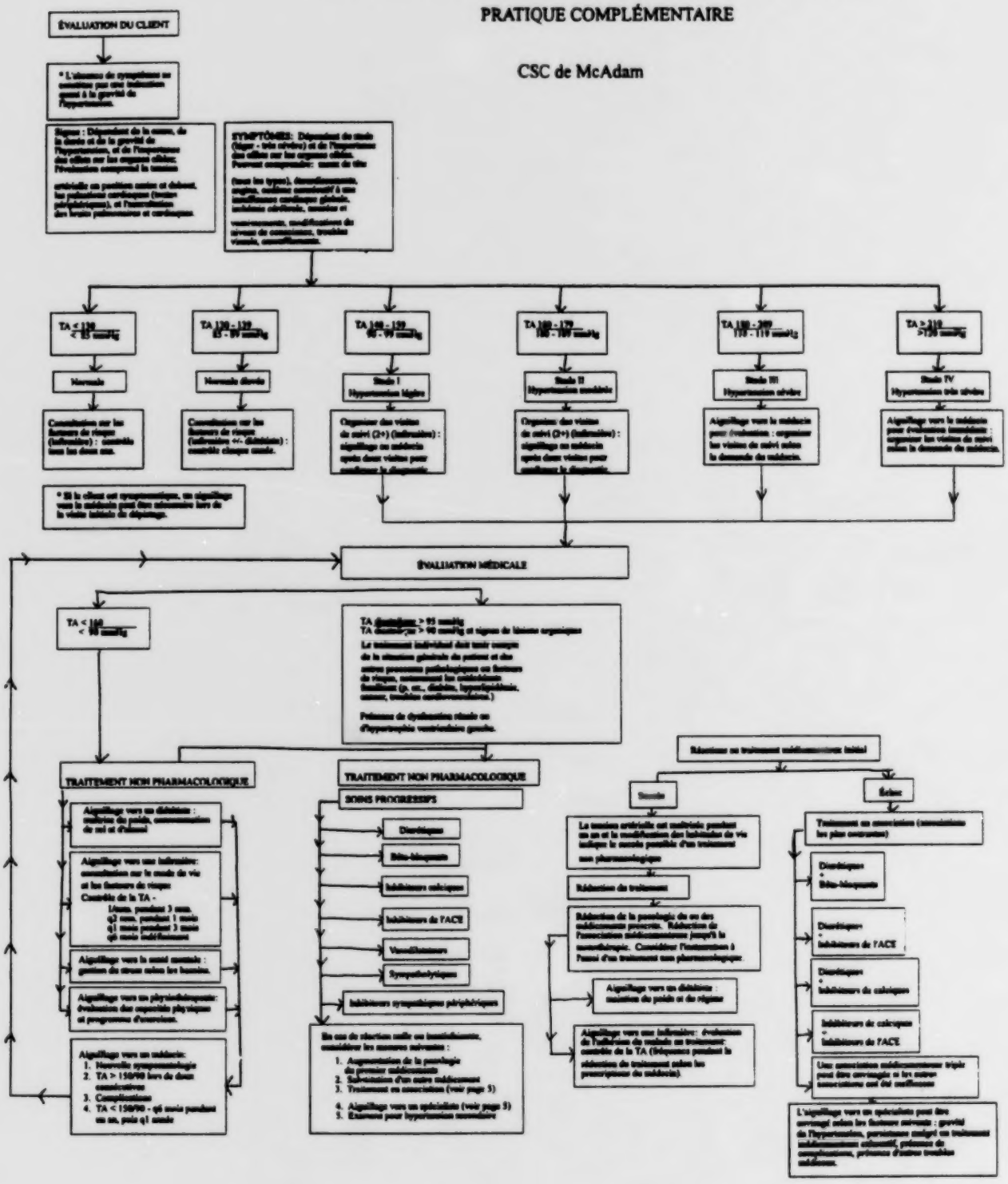
Tous les ans (à intervalle d'un an, si un traitement médicamenteux est instauré) :

- électrolytes
- azote uréique du sang
- créatinine
- glucose après les repas
- Hgb
- Hct
- analyse d'urine
- cholestérol
- triglycérides
- acide urique
- ÉCG

LIGNES DIRECTRICES CLINIQUES
POUR LDES CAS D'HYPERTENSION ESSENTIELLE NON COMPLIQUÉE

PRATIQUE COMPLÉMENTAIRE

CSC de McAdam



BIBLIOGRAPHIE

Black, H.R. Evaluation and Treatment of the Hypertensive Patient, *Primary Care* 1983; 10(1):3-20.

Fontana, S.A. Update on High Blood Pressure: Highlights from the 1988 National Report, *Nurse Practioner* 1988; 13(12):8-18.

Haynes *et al.* Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 2. Diagnosis of hypertension in adults, *Can Med Assoc J* 1993; 149(4):409-418.

Hoole A. *et al. Patient Care Guidelines for Nurse Practitioners,* 3e éd. 1988.

Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: The 1984 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, *Nurse Practitioner* 1985; 10(7):9-32.

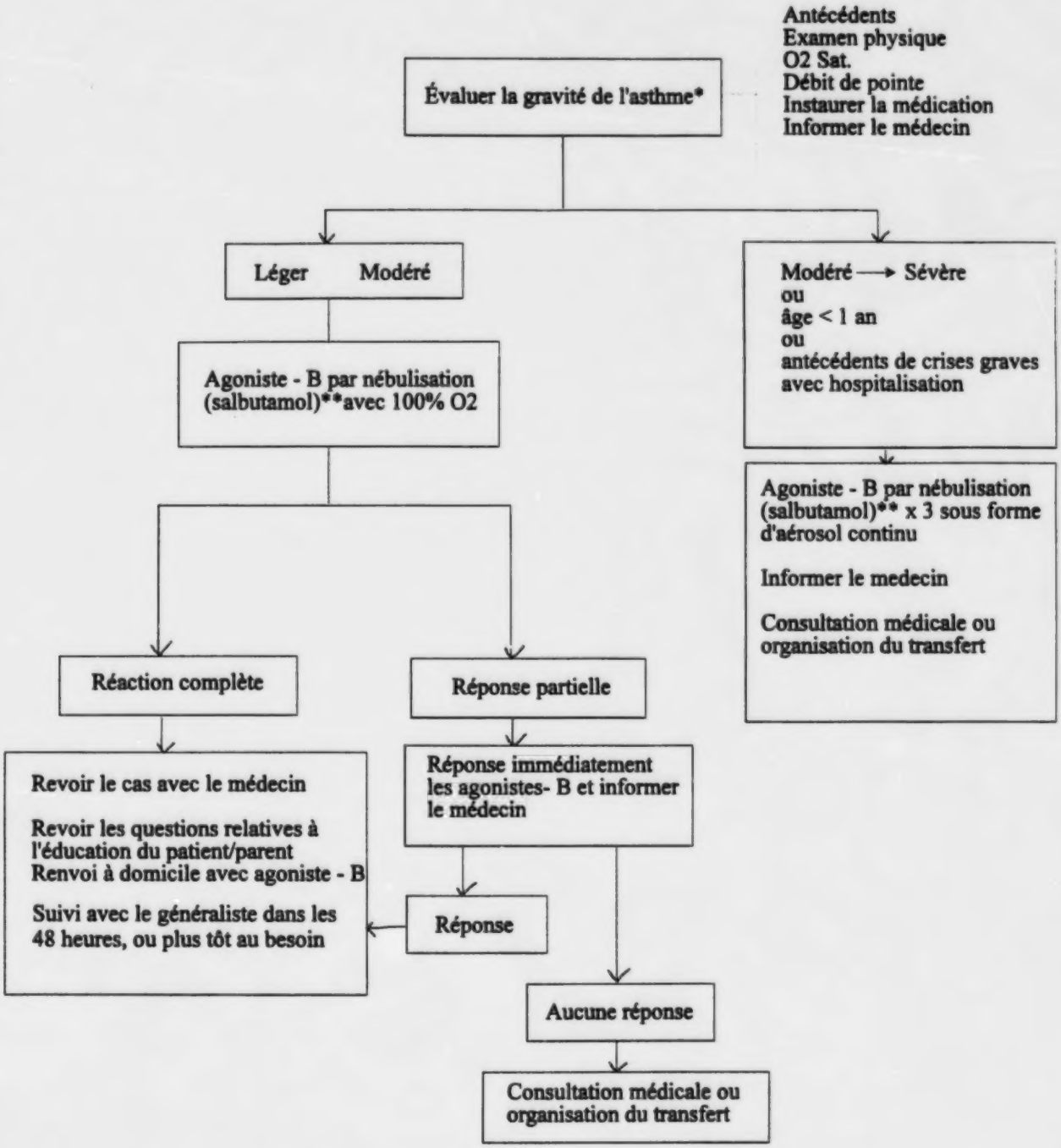
Pheley, A.M. *et al.* Evaluation of a nurse-based hypertension management program: Screening, management, and outcomes, *J Cardiovasc Nurs* 1995; 9(2):54-61.

Rudd, P. Maximizing Compliance with Antihypertensive Therapy, *Drug Therapy* 1992 (déc.): 25-32.

Tierney, L.M. *et al. Current Medical Diagnosis & Treatment,* 33e éd., Appelton & Lange, 1994.

CORPORATION HOSPITALIÈRE, RÉGION 3
CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM

PROTOCOLE POUR LE TRAITEMENT DE L'ASTHME PÉDIATRIQUE LORSQU'IL N'Y A PAS DE MÉDECIN SUR LES LIEUX



* Se reporter aux définitions de la page 1 du protocole de pratique complémentaire
** Dose de salbutamol de 0,03 ml/kg dans 2 C3 de solution saline normale

CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM

PROTOCOLE DE PRATIQUE COMPLÉMENTAIRE
POUR LE CONTRÔLE DE L'ASTHME PÉDIATRIQUE

Tous les enfants qui présentent au moins trois épisodes de respiration sifflante ou de dyspnée doivent être considérés comme souffrant d'asthme jusqu'à preuve du contraire.

Les poussées d'asthme peuvent menacer la vie du patient. Un traitement doit donc être instauré aussitôt que possible, même avant la fin de l'évaluation complète. Le patient doit faire l'objet de réévaluations fréquentes visant l'évolution du cas.

OBJECTIFS

- prévenir et contrôler les symptômes
- permettre à l'enfant de vivre une vie aussi normale que possible
- réduire l'absentéisme scolaire
- normaliser la fonction pulmonaire
- limiter les effets secondaires des médicaments

ÉVALUATION CLINIQUE DE L'ASTHME AIGU

Des antécédents complets doivent être recueillis dans tous les cas, mais le traitement a préséance sur l'évaluation :
- durée et gravité des symptômes
- facteurs déclencheurs - infection des voies respiratoires supérieures, refroidissement, exercice, fumée de cigarette, stress, allergies, vapeurs nocives, médicaments, p. ex. ASA ou bêta-bloquants
- hospitalisations antérieures, visites en salle d'urgence, soins respiratoires ou intensifs, prise orale ou par inhalation de stéroïdes
- antécédents d'anaphylaxie
- antécédents de médicaments - moment de la dernière dose

EXAMEN PHYSIQUE

- la respiration sifflante peut être absente (prudence en cas d'absence de bruits thoraciques), toux, essoufflement, tachypnée, tachycardie, anxiété, agitation

Tachypnée - nourrisson > 60/minute
- âge préscolaire > 40/minute
- âge scolaire > 30/minute

Asthme léger :
- toux nocturne
- essoufflement à l'effort
- consommation accrue d'agonistes-B
- bonne réaction aux agonistes-B
- O_2 sat. > 94 %
- débit expiratoire de pointe/volume expiratoire maximum > 75 % de la valeur prévue ou mieux

Asthme modéré :
- état psychologique normal
- parle en faisant de courtes phrases
- essoufflement au repos
- soulagement partiel seulement par agonistes-B

- nécessite 3 agonistes > 94 h
- O, sat. 92-95 %
- débit expiratoire de pointe/volume expiratoire maximum/seconde 50-75 % de la valeur prévue ou mieux

Asthme sévère :
- altération de l'état psychologique
- difficulté à parler et à s'alimenter
- respiration laborieuse
- tachycardie persistante
- aucun soulagement avec les doses habituelles d'agonistes-B, à la posologie habituelle
- O, sat. < 92 %, débit expiratoire de pointe/volume expiratoire maximum
- débit expiratoire de pointe/volume expiratoire maximum/seconde < 50 % de la valeur prévue ou mieux

Asthme critique :
- épuisement, confusion
- diaphorèse, cyanose
- apnée
- réduction de l'effort respiratoire
- réduction du rythme cardiaque
- O, sat. < 80 %
- une intubation est nécessaire dans les cas critiques ou en détérioration

Absence de réponse :
- éliminer la possibilité d'un pneumothorax ou d'une obstruction des voies aériennes supérieures
- considérer d'autres médicaments : agonistes-B IV, agents anesthésiques inhalatrianaux.

La cyanose, le recours aux muscles accessoires et des secousses internes de la trachée indiquent un trouble modéré ou plus grave.

La pénétration asymétrique de l'air peut indiquer un pneumothorax ou une atélectasie découlant de la présence d'un bouchon de mucus.

La spirométrie et les dosages de la saturation d'O, ne sont pas toujours des données prédictives exactes de la gravité du trouble.

Note :
- Administrer tous les nébuliseurs avec de l'oxygène.
- Tous les patients devraient recevoir de l'oxygène humidifié par masque facial ou valvule nasale et une rééquilibration hydrique au besoin.
- Les patients qui présentent une réponse partielle ou incomplète doivent recevoir un traitement continu pendant plusieurs heures et être gardés sous surveillance étroite. S'il est impossible de le faire, ou s'il n'y a pas de médecin sur les lieux, organiser le transport du patient. Tous les patients atteints d'asthme sévère nécessitent une hospitalisation, et donc un transport.
- L'hospitalisation est recommandée si l'administration de trois doses de bronchodilatateur n'entraîne pas une réponse adéquate, ou si une rechute survient moins d'une heure après le traitement.

Sortie :
- Bonne réponse au traitement et traitement analogue disponible à la maison
- Aucune rechute après observation pendant deux ou trois heures après le traitement
- Spirométrie > 75 % de la valeur prévue ou mieux, O, sat. > 9

Traitement d'entretien de l'asthme

Éducation du patient :
- Enseigner au patient et à la famille la nature de l'asthme, les facteurs déclenchants, les facteurs d'aggravation, les méthodes de traitement, le mode approprié d'administration des médicaments (MDI, espacement, nébuliseur, poudres), utilisation du débitmètre
- Rôle des médicaments qui soulagent ou préviennent les symptômes (agonistes-B et anti-inflammatoires)
- Quand consulter un médecin
- Signes de détresse respiratoire

Facteurs qui dépendent du milieu

- Évitement des allergies induites par le milieu
- « Désensibilisation » de la maison
- Rôle de la fumée indirecte
- Rôle des animaux familiers
- Rôle des épreuves diagnostiques des allergies

Réaliser les aiguillages appropriés vers les médecins, le pharmacien, le diététiste ou un travailleur social, au besoin.

Médicaments

Asthme induit par l'effort - Deux ou trois bouffées de salbutamol, de 5 à 10 minutes avant l'exercice. Il peut être utile de mettre à l'essai des stéroïdes par inhalation ou du Nedocromil.

Agonistes-B - Le salbutamol est le médicament de choix pour les cas d'asthme aigu. Par contre, une utilisation régulière est nécessaire, ce qui rend l'équilibre plus difficile à atteindre.

Anticholinergiques - L'Ipatropium assure une bronchodilatation additionnelle dans les cas aigus, et il peut être utile lorsque les agonistes-B se révèlent insuffisants ou ne sont pas tolérés.

Théophylline - Aujourd'hui moins utilisée en raison de l'existence d'autres médicaments plus efficaces. Indice thérapeutique étroit. Peut être utile dans les cas d'asthme chronique.

Anti-inflammatoires - Corticostéroïdes par inhalation : « norme d'excellence »
- ne conviennent pas aux crises aiguës
- une utilisation régulière est nécessaire
- rôle thérapeutique et non curatif

- réduit la nécessité de la prise d'agonistes-B et de stéroïdes oraux
- utiliser avec un agent d'espacement si du MDI est administré
- prévention de l'asthme induit par l'effort

Stéroïdes généraux - Utilisés pour les attaques modérées ou sévères
- administrés par voie intraveineuse si le patient ne peut tolérer la prise par voie orale

Cromoglycate sodique - Anti-inflammatoire
- une mise à l'essai peut être utile si les bronchodilatateurs seuls ne sont pas efficaces

Nedocromil sodique - Semblable au cromoglycate sodique
- prophylaxie contre l'asthme induit par l'effort

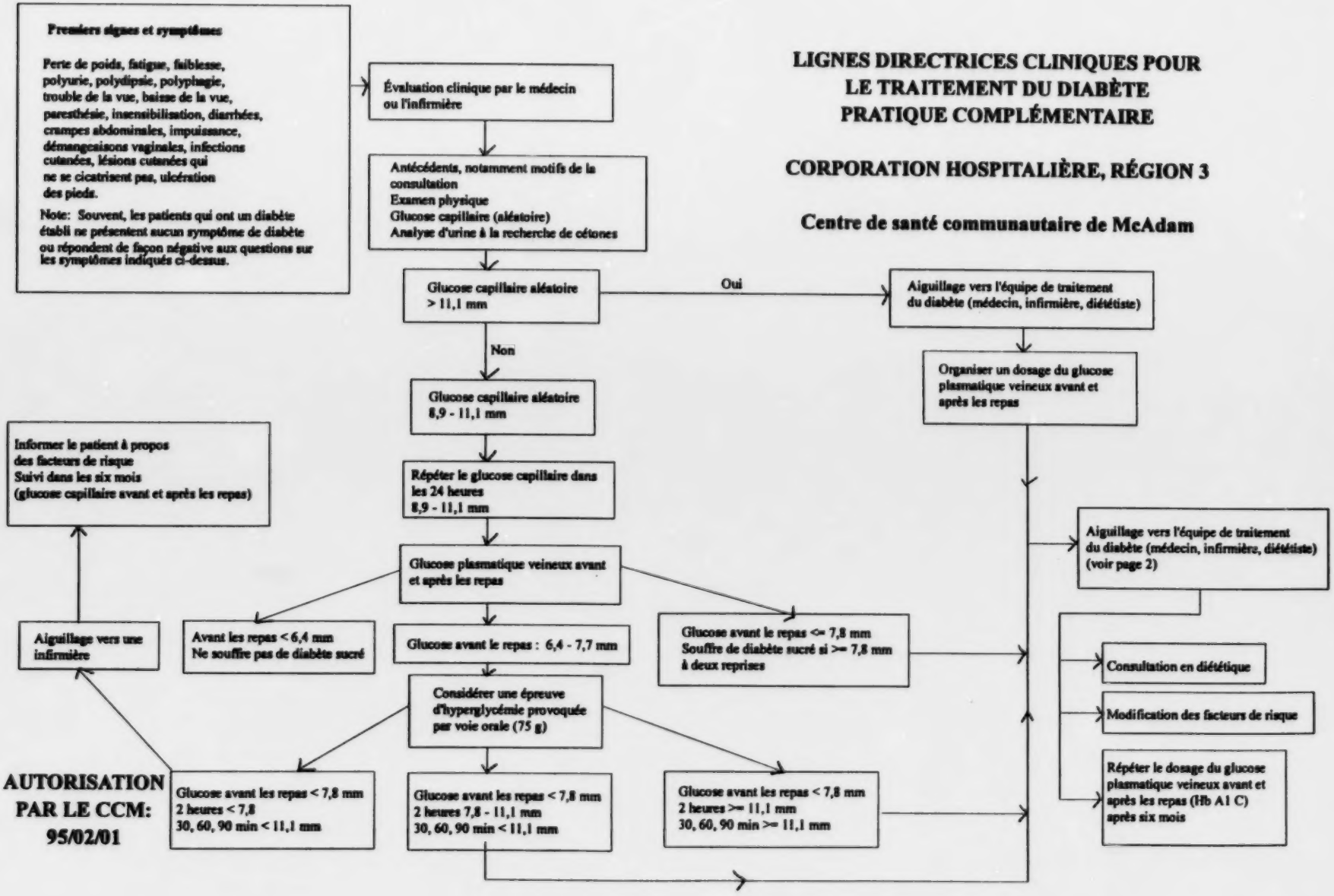
Quand ajouter des médicaments prophylactiques
- plus de six poussées aiguës par année
- antécédents de poussées graves
- plus de deux hospitalisations par année
- plus de deux ou trois jours d'absentéisme par mois
- incapacité à participer aux activités normales et sportives
- le sommeil est souvent perturbé par l'asthme
- réduction persistante de la fonction pulmonaire, volume expiratoire maximum/seconde < 70 % de la valeur prévue

Autorisation par le CCM, le 11 mars 1996

LIGNES DIRECTRICES CLINIQUES POUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE PRATIQUE COMPLÉMENTAIRE

CORPORATION HOSPITALIÈRE, RÉGION 3

Centre de santé communautaire de McAdam



AUTORISATION PAR LE CCM: 95/02/01

AIGUILLAGE MÉDICAL

A) Tous les nouveaux patients diabétiques et les patients chez qui un diabète est soupçonné.

B) Tous les patients dont la concentration sanguine de glucose est supérieure à 400 mg par 100 mL (> 22) et/ou cétose.

C) Tous les patients qui présentent des signes ou symptômes d'absence de régulation métabolique.

D) Tous les patients qui présentent des signes de nouvelles complications ou d'aggravation des complications.

E) Patients diabétiques stables de Type I (DID), tous les six mois, et patients diabétiques stables de Type II (DNID), une fois l'an.

AIGUILLAGE VERS LES SPÉCIALISTES

Patients diabétiques dans les cas suivants :
- égulation métabolique compromise
- troubles cardiaques
- hypertension réfractaire
- rétinopathie
- néphropathie
- neuropathie
- troubles des pieds
- grossesse

VISITES DE SUIVI

Pour toutes les visites - médecin, infirmière, diététiste :
- évaluer la régulation métabolique
- évaluer l'adaptation
- revoir le plan de traitement
- évaluer les troubles pertinents et assurer l'aiguillage vers les membres appropriés de l'équipe du centre de santé

Tous les 4 à 6 mois - médecin :
- antécédents et examen physique (mise à jour)
- évaluation du poids, de la tension artérielle, de l'état des pieds
- glucose avant les repas ± après les repas, Hb glycosylée
- aiguillage vers un membre de l'équipe du centre de santé ± spécialiste, au besoin

Visite annuelle - médecin :
- antécédents et examen physique
- évaluation du poids, de la tension artérielle, de l'état des pieds
- glucose avant les repas, Hb A1 C, triglycérides, cholestérol, créatinine, analyse d'urine, ÉCG, thyrotrophine ± microalbuminurie (au besoin) (analyses organisées par l'infirmière et réalisées avant la visite médicale annuelle)

Aiguillage vers un membre de l'équipe du centre de santé ± spécialiste, au besoin

AUTORISATION PAR LE CCM :
95/02/01

Notes :

Aiguillage médical

A) Évaluation initiale avant le traitement :
1) Examen ophtalmologique
2) Examen du système vasculaire périphérique
3) Examen du système nerveux
4) Analyse d'urine, azote uréique du sang, créatinine, ÉCG, cholestérol, dosage des triglycérides, Hb A1 C

B) Alimentation - AIGUILLAGE VERS LE DIÉTÉTISTE

C) Instauration du traitement - insuline par voie orale

D) Instauration d'un programme d'enseignement structuré pour diabétiques et réunions trimestrielles de l'équipe

Aiguillage vers une infirmière

Visites glycémie hebdomadaire x 5

Les patients stables doivent être examinés périodiquement, dès la fin du programme structuré d'enseignement, en fonction de leurs besoins en matière d'enseignement, de la qualité de la régulation métabolique et de l'importance des complications. Lors de chaque visite, passer en revue le poids, l'alimentation, l'exercice et la médication.

Assurer l'aiguillage vers le diététiste, le physiothérapeute ou le médecin en fonction des troubles constatés.

Médecin {Diabète stable, Type I - q6 mois
{Diabète stable, Type II - q12 mois

AUTORISATION PAR LE CCM :
95/02/01

Corporation hospitalière de la région 3

Centre de santé mentale communautaire de McAdam

Protocole de gestion des cas

Directive :

L'équipe des soins de santé doit tenir des conférences de cas, officielles ou informelles, afin de coordonner et d'évaluer les soins dispensés aux clients. Il importe de documenter toute conférence de cas menée dans le cadre du projet de pratique complémentaire, et ce, à des fins de vérification (audit).

Marche à suivre :

1. Les conférences de cas informelles contribuent beaucoup au succès de la pratique complémentaire. Elles permettent de se pencher immédiatement sur les préoccupations des clients dans une atmosphère dépourvue de formalités. Il faut d'ailleurs éviter d'établir des formalités, car elles nuiraient à l'efficacité du système. Il faut demander aux praticiens de documenter les conférences de cas informelles dans les notes d'évolution. Il leur faut également tenir, pour la durée du projet, un registre distinct dans lequel ils inscriront le nombre de conférences informelles et le nom des intervenants présents.

2. Des protocoles particuliers ont été élaborés pour trois groupes visés par la pratique complémentaire, soit les clients atteints de diabète, d'hypertension ou d'asthme infantile. Les résultats visés y sont énoncés. Pour chaque groupe, les clients sont inscrits dans un registre central et leur cas est examiné semestriellement par une infirmière responsable de la gestion des cas. Le cas des clients dont les résultats diffèrent des objectifs est examiné lors d'une conférence de cas officielle. Celle-ci permet de relever à un stade précoce les problématiques que présentent ces cas, tout en évaluant la pertinence des protocoles établis.

3. Des conférences de cas officielles seront planifiées mensuellement en consultation avec les dispensateurs de soins de santé. L'ordre du jour sera fonction des questions à examiner, lesquelles pourront provenir de diverses sources.

   a) Requête d'un client ou de sa famille. Le cas échéant, on peut inviter le client ou des membres de sa famille à participer à la conférence de cas. Il est d'ailleurs à espérer que mieux la communauté sera

sensibilisée au partenariat à établir entre elle-même et les dispensateurs de soins de santé, plus les familles auront tendance à demander la tenue de ce genre de forum.

b) Revue des protocoles par les infirmières en pratique complémentaire (voir le point 2).

c) Clients présentant des situations problématiques non prévues dans les protocoles élaborés pour le projet. Il peut s'agir notamment de clients bénéficiant de services externes (p. ex. HEM, services à distance) ou présentant une condition particulière (p. ex. grossesse). Tous les intervenants du centre de santé sont encouragés à signaler les cas pouvant offrir des possibilités d'apprentissage et d'évaluation en ce qui a trait à la pertinence et à l'efficacité du système de soins de santé. L'infirmière chargée du développement communautaire les aidera à identifier les cas intéressants à cet égard.

4. L'infirmière chargée du développement communautaire verra à aider les infirmières en pratique complémentaire à organiser les conférences de cas et supervisera le processus de vérification (ou audit) des conférences de cas informelles. Les membres de la famille seront informés de la tenue de la conférence de cas et pourront être invités à y assister. S'ils n'y assistent pas, ils peuvent néanmoins communiquer leurs commentaires; le cas échéant, ils seront transmis aux participants à la conférence de cas. Durant la sélection des cas, on désignera pour chacun des cas le membre de l'équipe qui s'occupera de communiquer avec la famille. Tous les intervenants qui ont dispensé des soins au client seront avisés de la tenue de la conférence de cas et invités à y participer. Les discussions seront tenues strictement confidentielles. Toutefois, si une préoccupation est soulevée ou qu'une recommandation est formulée à propos des soins de santé, elle sera communiquée aux personnes appropriées. Les conférences de cas seront présidées par l'infirmière responsable de la gestion des cas.

5. La personne qui préside la conférence prendra note des cas examinés, des personnes invitées, des personnes présentes, des commentaires formulés et de la suite à donner, s'il y a lieu.

MacLEAN MEMORIAL HOSPITAL

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LE TRAITEMENT D'URGENCE DE L'ANAPHYLAXIE

Définition : État d'hypersensibilité qui se traduit par une réaction survenant habituellement quelques secondes ou quelques minutes après l'exposition à un antigène. La réaction peut se manifester par des symptômes légers et spontanément résolutifs ou par la mort du patient en un court laps de temps.

Étiologie : Les agents associés le plus fréquemment à l'anaphylaxie sont les suivants : antibiotiques, agents biologiques (sérums non humains, gammaglobulines, vaccins) anesthésiques locaux, aspirine, piqûres par des hyménoptères (abeille, guêpe jaune, guêpe, frelon), extraits allergènes (solutions pour test cutané), aliments (en particulier les oeufs, les noix, les crustacés) et narcotiques administrés par voie intraveineuse (héroïne).

Caractéristiques cliniques : L'anaphylaxie est caractérisée en général par certains ou tous les signes et symptômes suivants. Plus les symptômes se manifestent rapidement après le stimulus initial, plus la réaction est intense :

- bouffées de chaleur
- urticaire
- quinte de toux
- anxiété grave
- orthopnée
- vomissements
- respiration sifflante**
- cyanose**
- état de choc**
- arrêt respiratoire et cardiaque**

TRAITEMENT : ** ADMINISTRER IMMÉDIATEMENT

1. **Épinéphrine aqueuse (adrénaline) : 1:1000***

   a) dose pour enfant : 0,01 ml par kg (0,005 ml par lb); dose unique maximale : 0,3 ml.

   b) dose pour adulte : 0,3 à 0,5 ml

   Injecter la dose (a) ou (b) par voie sous-cutanée dans la partie supérieure du bras et masser la zone d'injection ou par voie intra-musculaire.

2. Suivre le protocole de la salle d'urgence pour les patients nécessitant un **traitement d'urgence** :

   a) Aviser le médecin.

   NOTA : S'il n'y a aucun médecin de garde à McAdam, aviser le responsable de la salle d'urgence de l'hôpital Doctor Everett Chalmer (DECH) pour obtenir des instructions appropriées et préparer le transfert immédiat du patient.

   Pendant que l'on attend les directives :

   b) Rétablir la perméabilité des voies aériennes, administrer de l'oxygène à 100 % au moyen d'un masque afin de maintenir la saturation en O_2 à 95 % ou administrer la concentration d'oxygène nécessaire pour maintenir une saturation en O_2 supérieure ou égale à 95 %. S'assurer auprès du médecin que ces mesures sont appropriées.

   c) Amorcer l'administration par voie i.v. d'un soluté de NaCl au moyen d'un angiocathéter n° 18 (n° 16 ou n° 14 chez les patients en état de choc) et demander au médecin à quel débit administrer le soluté.

   NOTA : Si le patient est en état de choc, administrer un bolus i.v. de 20 cm^3 par kilogramme de poids du corps. Vérifier à nouveau la TA et répéter la procédure si le patient est toujours en état de choc.

MacLEAN MEMORIAL HOSPITAL

SALLE D'URGENCE

PROTOCOLE DE SOINS INFIRMIERS

BRÛLURES MINEURES

NOM :
ADRESSE :
N° DE TÉL. :
N° DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE

DÉFINITION : Brûlures cutanées dont la dimension ne dépasse pas la paume de la main du patient, pouvant être classées comme des brûlures du premier degré ou des brûlures du second degré superficiel. Voir le diagramme au verso.

1. **Brûlure du premier degré** : elle n'atteint que l'épiderme. Elle est rouge et peut être assez douloureuse. Elle guérit habituellement en quelques jours sans laisser de cicatrice.

2. **Brûlure du second degré superficiel** : elle atteint l'épiderme et le derme superficiel. Elle est rouge et parsemée d'ampoules qui continuent de grossir. C'est habituellement le type de brûlure le plus douloureux. Les ampoules peuvent se former plusieurs heures après la brûlure seulement. Elle guérit habituellement en 10 à 14 jours et peut avoir un aspect décoloré.

   NOTA : Les brûlures du second degré profond atteignent l'épiderme jusqu'au derme profond et les brûlures du troisième degré atteignent l'épiderme, le derme et les couches plus profondes. Les patients atteints de brûlures du second degré profond et du troisième degré doivent être adressés au médecin.

ÉTIOLOGIE : Contact avec une source thermique, chimique ou électrique. L'ampleur de la lésion dépend de la durée de l'exposition et de la source. Les agents thermiques causent habituellement des brûlures du second degré, alors que les flammes ou le métal chaud peuvent causer des brûlures du troisième degré.

TRAITEMENT :

1. Appliquer des compresses stériles à température ambiante sur les brûlures mineures dans les 30 minutes suivant la blessure.
2. Nettoyer doucement avec une solution saline stérile.
3. Ne pas toucher aux cloques, mais effectuer simplement le parage des cloques ouvertes.
4. **a) Brûlures du premier degré** : couvrir d'un pansement stérile lâche à des fins de protection.
   b) Brûlures du second degré : appliquer de la polysporine sous forme d'onguent sur la région brûlée, un pansement Telfa et un pansement de gaze.
5. Suivre le protocole de prophylaxie antitétanique pour les **brûlures du second degré.**
6. Recommander au patient de prendre de l'aspirine ou de l'acétaminophène (ou l'analgésique en vente libre qu'il prend habituellement) et de suivre le mode d'emploi sur l'emballage en cas de douleur.

PATIENTS DEVANT ÊTRE ADRESSÉS AU MÉDECIN :

1. Les patients présentant des antécédents d'inhalation de fumée **(traitement d'urgence).**
2. Les patients atteints de brûlures du second degré profond et du troisième degré, quelle que soit la dimension de la brûlure.
3. Les patients atteints de brûlure dont la dimension dépasse celle de la paume de leur main.
4. Les patients atteints de brûlure au visage et au cou.
5. Les patients atteints de brûlure dans la région du périnée.
6. Les patients atteints de brûlure chimique ou électrique. (NOTA : Rincer toutes les brûlures chimiques avec une solution stérile fraîche en attendant les instructions du médecin.)

SUIVI :

1. **Brûlure du premier degré** : Retourner à l'urgence si des cloques se forment.
2. **Brûlures du second degré** : Retourner à l'urgence toutes les 24 heures pour faire changer le pansement.

LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉVALUATION

RENSEIGNEMENTS SUBJECTIFS	RENSEIGNEMENTS OBJECTIFS		
Inscrire dans les notes :	• Indiquer la dimension, l'emplacement et l'apparence de la brûlure.		
• Comment le patient s'est brûlé.	• Évaluer les points suivants pour déterminer la possibilité de lésions dues à l'inhalation de fumée :	OUI	NON
• Type de brûlure : flamme, agent thermique, soleil, etc.	- Poils du nez brûlés		
• Si la brûlure a été causée par une flamme, indiquer la possibilité d'inhalation de fumée.	- Pharynx teinté de la couleur de fumée		
• Quels sont les premiers soins qui ont été administrés?	- Dyspnée, enrouement		
	- Haleine sentant la fumée		
• Affections médicales entraînant des complications.	• En cas de possibilité d'inhalation de fumée : Saturation en O_2		

OBSERVATIONS

brûlure du premier degré

brûlure du second degré

brûlure du troisième degré

rougeur de la peau

cloques

carbonisation

DATE	HEURE	SIGNATURE

MacLEAN MEMORIAL HOSPITAL

SALLE D'URGENCE

PROTOCOLE DE SOINS INFIRMIERS

PETITES PLAIES OUVERTES

NOM :
ADRESSE :
N° DE TÉL. :
N° DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE

DÉFINITION : Lacérations, égratignures et abrasions qui présentent les caractéristiques suivantes :

1. Elles ne sont **PAS** situées sur le visage.
2. Elles n'atteignent **PAS** les tissus sous-cutanés (voir le diagramme au verso). Lorsque les tissus sous-cutanés sont atteints, la plaie est béante et nécessite une suture.
3. Elles ne sont **PAS** associées à des troubles fonctionnels, c'est-à-dire qu'elles ne touchent pas les tendons, les ligaments, les vaisseaux ou les nerfs.
4. Elles n'ont **PAS** été causées par un objet contaminé.
5. L'excision de leurs débris **PEUT** être facilement effectuée au moyen d'un linge doux.
6. Les lacérations **ONT MOINS DE** 2 cm et **SONT** propres, les lèvres de la plaie peuvent donc être facilement rapprochées au moyen de bandes adhésives.

NOTA : Les patients dont les plaies ne se classent pas dans la catégorie décrite ci-dessus doivent être adressés au médecin.

ÉTIOLOGIE : Tout objet pouvant couper la peau.

TRAITEMENT :

1. Nettoyer avec une solution salée chaude ou une solution de peroxyde d'hydrogène à 50 % au moyen d'un linge doux ou d'une gaze stérile, en prenant soin d'enlever la saleté et les corps étrangers.
2. Pour les petites lacérations, rapprocher les bords de la lacération au moyen d'une bande adhésive en forme de papillon.
3. Recouvrir d'un pansement lâche pour protéger la plaie de la saleté et des traumatismes.
4. Suivre le protocole de prophylaxie antitétanique.

CAS DEVANT ÊTRE ADRESSÉS AU MÉDECIN :

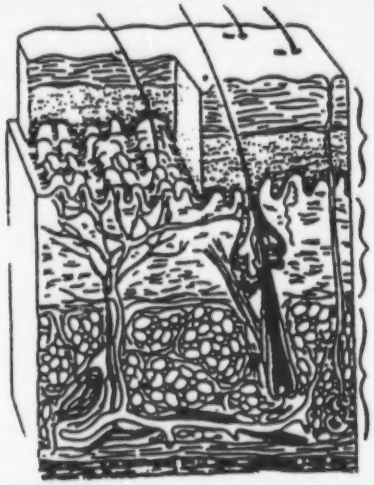
1. Toutes les plaies qui ne répondent pas aux critères de la définition (voir Définition ci-dessus).

SUIVI :

Le patient doit retourner à l'urgence dans les 24 heures pour une évaluation ou avant en cas de rougeur, de douleur, de sensation de chaleur ou d'écoulement.

LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉVALUATION

RENSEIGNEMENTS SUBJECTIFS	RENSEIGNEMENTS OBJECTIFS
• Inscrire dans les notes : Où et comment la blessure a été causée.	• Inscrire dans les notes : gravité de la blessure, contamination, saignement, infection
• Temps écoulé depuis la blessure.	• Demander au patient de bouger la région blessée en faisant certains mouvements et effectuer une évaluation (tendons, muscles).
• Présence possible de corps étrangers dans la plaie.	• Examiner et palper les régions éloignées de la blessure pour évaluer l'intégrité neuronale, les lésions osseuses, la présence de corps étrangers, le flux artériel et veineux.
• Affections médicales entraînant des complications, p. ex. diabète, trouble hémorragique, de la coagulation.	



OBSERVATIONS

DATE	HEURE	SIGNATURE

MacLEAN MEMORIAL HOSPITAL

SALLE D'URGENCE

PROTOCOLE DE SOINS INFIRMIERS

FOULURES ET ENTORSES MINEURES

NOM :

ADRESSE :

N° DE TÉL. :

N° DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE

DÉFINITION : **Lésion mineure d'une articulation produite par un léger traumatisme ayant causé une élongation minime des ligaments touchés et la contusion des tissus mous environnants.**

ÉTIOLOGIE : Les foulures et les entorses résultent habituellement d'une chute, d'un coup provenant d'une autre personne ou d'un accident mineur. En ce qui concerne les cas relevant de l'infirmière de la salle d'urgence, les renseignements pris sur la nature de l'accident doivent évoquer un traumatisme mineur uniquement, par exemple une chute au sol ou un coup qu'un enfant a reçu d'un autre enfant. Il est important de noter qu'en cas de traumatisme mineur, il n'est pas certain que la blessure soit bégnine. **Si le traumatisme est important, le patient doit être vu par un médecin.**

SYMPTÔMES :
- Légère douleur dans la région de la blessure.
- Aucune perte ou perte minime de la fonction de la région touchée

SIGNES :
- Pas d'instabilité
- Pas de sensibilité localisée au niveau des ligaments ou des os touchés
- Pas de crépitation
- Légère ecchymose
- Aucune enflure ou enflure minime de la région touchée

TRAITEMENT : Faire les recommandations suivantes au patient :

1. Immobiliser l'articulation touchée pendant 24 à 48 heures.
2. Appliquer de la glace pendant 15 minutes toutes les heures pendant 24 heures, au besoin, pour réduire l'enflure.
3. Appliquer de la chaleur sur la région touchée après les premières 24 heures si cela peut améliorer le confort.
4. Surélever la région touchée au-dessus du niveau du coeur.
5. Prendre de l'aspirine ou de l'acétaminophène selon les instructions figurant sur l'emballage (ou l'analgésique en vente libre que le patient prend habituellement) en cas de douleur.

CAS DEVANT ÊTRE ADRESSÉS À UN MÉDECIN :

1. Les graves entorses se manifestant par les signes suivants : douleur modérée ou grave, perte de la fonction de la région touchée, ecchymoses modérées ou graves, sensibilité de l'articulation, instabilité, crépitation, enflure modérée ou grave.

SUIVI : Il est impératif que le patient retourne chez le médecin si son état ne s'est PAS amélioré après deux heures ou si les symptômes n'ont pas complètement disparu après une semaine.

LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉVALUATION					
RENSEIGNEMENTS SUBJECTIFS			RENSEIGNEMENTS OBJECTIFS		
Indiquer dans les notes comment le patient est tombé, à quelle distance du sol et sur quoi il a atteri.					
	OUI	NON		OUI	NON
• Pain			• Enflure		
• Weight bearing			• Ecchymose		
• Flexion			• Luxation, mauvais alignement		
• Grincement, crépitation			• Région éloignée de la blessure : Pouls		
			Sensation		
			Mouvement		

OBSERVATIONS

DATE	HEURE	SIGNATURE

MacLEAN MEMORIAL HOSPITAL SALLE D'URGENCE PROTOCOLE DE SOINS INFIRMIERS ÉPISTAXIS MINEURE	NOM : ADRESSE : N° DE TÉL. : N° DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE

DÉFINITION : Saignement de nez survenant souvent spontanément.

ÉTIOLOGIE :

1. Rupture d'un vaisseau sanguin du nez (habituellement dans la fosse nasale antérieure) survenant le plus fréquemment chez les enfants et les personnes âgées.
2. Fréquence plus élevée en hiver du fait que la chaleur entraîne le dessèchement des muqueuses nasales et leur craquelures.
3. Traumatisme provenant d'un coup direct dans le nez.
4. Croutes sèches dans le nez arrachées.
5. Hypertension, trouble hémorragique (rare).

SYMPTÔMES : • Habituellement aucun, mise à part la sensation d'un écoulement de sang dans le rhinopharynx postérieur ainsi qu'à l'extérieur du nez.

SIGNES :
- Saignement provenant des narines et dans le rhinopharynx postérieur
- Saignement localisé
- Tension artérielle habituellement normale

NOTA : En présence de signes et symptômes de perte de sang importante ou de symptômes d'hypotension/d'état de choc, l'épistaxis doit être considérée comme un cas d'URGENCE.

TRAITEMENT

A. Saignement important

1. Maintenir le patient en position assise et bien droit, la tête légèrement penchée vers l'avant pour empêcher le sang de s'écouler dans le rhinopharynx postérieur.
2. Faire moucher le patient légèrement pour faire partir les caillots.
3. À l'aide du pouce et de l'index ou d'une pince nasale, appliquer une pression continue à l'extérieur du nez aussi haut que possible sur la partie molle du nez pendant quinze minutes selon l'horloge.
4. Si l'on ne parvient pas à arrêter le saignement ou si celui-ci recommence, répéter les points 2 et 3.

B. Prévention

1. Recommander au patient de ne pas enlever les croutes du nez.
2. Recommander au patient d'accroître l'humidité dans la maison, surtout dans les chambres au moyen d'un humidificateur ou d'un pot d'eau sur l'appareil de chauffage.
3. Recommander au patient d'appliquer de la vaseline dans les fosses nasales deux fois par jour si des croutes sèches se sont formées.

CAS DEVANT ÊTRE ADRESSÉS AU MÉDECIN :

1. Saignement non maîtrisé par l'application de pression à deux reprises.
2. Constatation d'une perte de sang importante ou symptômes indiquant une perte de sang.
3. Récidive du saignement durant la première heure.
4. Deuxième épisode de saignement en une semaine.

ÉPISTAXIS MINEURE

LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉVALUATION

RENSEIGNEMENTS SUBJECTIFS			RENSEIGNEMENTS OBJECTIFS
Inscrire : la durée du saignement, la quantité de sang perdu.	OUI	NON	Indiquer dans les notes les renseignements suivants :
• Épisodes précédents			• Saignement (quantité, couleur, durée, etc.)
• Hypertension			• Signes de traumatisme
• Trouble hémorragique			• Évaluation de la fonction respiratoire
• Infection des voies respiratoires supérieures			• Signes vitaux toutes les 15 min
• Allergies			
• Antécédents de traumatisme			
• Récente intervention du nez			

OBSERVATIONS

DATE	TIME	SIGNATURE

MacLEAN MEMORIAL HOSPITAL

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LES INJECTIONS ANTITÉTANIQUES DE RAPPEL CHEZ LES ADULTES ET LES ENFANTS ÂGÉS DE PLUS DE SEPT ANS

Un élément essentiel dans la prise en charge des patients ayant subi une blessure est de s'assurer qu'ils ont reçu une protection appropriée contre le tétanos avant qu'ils quittent la salle d'urgence. La prophylaxie antitétanique est fondée sur : 1) les caractéristiques cliniques de la blessure qui indiquent qu'elle est susceptible d'entraîner le tétanos et 2) les antécédents du patient en matière d'immunisation.

Caractéristiques cliniques	Blessures n'étant pas susceptibles d'entraîner le tétanos	Blessures étant susceptibles d'entraîner le tétanos
Temps écoulé depuis la blessure	≤ 6 heures	> 6 heures
Forme	plaie linéaire	plaie stellaire, avulsion, abrasion
Profondeur	≤ 1 cm	> 1 cm
Type de blessure	objet propre et tranchant (p. ex. un couteau)	projectile, écrasement, brûlure, engelure
Signes d'infection	absents	présents
Tissus dévitalisés	absents	présents
Contaminants (saleté, fèces, salissure, salive, etc.)	absents	présents
Tissus énervés et (ou) ischémiques	absents	présents

Guide de la prophylaxie antitétanique

Antécédents d'immunisation contre le tétanos (Nbre de doses précédentes)	Soins infirmiers	Plaies mineures, propres (non susceptibles d'entraîner le tétanos)		Toutes les autres plaies (susceptibles d'entraîner le tétanos)	
		TD[1]	IGT[2]	TD	IGT
3 doses ou plus.[3]	Administrer TD selon les directives.	OUI, si plus de 10 ans se sont écoulés depuis la dernière dose.	NON	OUI, si plus de 5 ans se sont écoulés depuis la dernière dose.	NON
Nombre incertain ou moins de 3 doses	Aviser le médecin et lui demander les consignes à suivre.	OUI	NON	OUI	OUI

[1] Vaccin renfermant les anatoxines diphtériques et tétaniques pour adulte
[2] Immunoglobuline antitétanique (humaine)
[3] Si le patient a reçu seulement 3 doses de vaccin antitétanique par voie orale, il devra recevoir une 4e dose d'anatoxine, de préférence une anatoxine adsorbée.

POSOLOGIE
1) Adultes et enfants de plus de sept ans : TD = anatoxines tétaniques et diphtériques adborbées (pour > 7 ans), 0,5 ml par voie i.m.
2) Enfants de moins de sept ans : Aviser le médecin et lui demander les consignes à suivre. (Une concentration de vaccin différente est utilisée pour les enfants de moins de 7 ans.)

NOTA :
1. Lorsque le nombre de doses est incertain ou inférieur à 3, adresser le patient au médecin à des fins de suivi.
2. Bien que les directives sur l'immunisation (Comité consultatif national de l'immunisation) indiquent que l'immunoglobine antitétanique humaine doit être administrée pour «toutes les autres blessures», lorsque le nombre de doses prises est incertain ou inférieur à 3, la pratique médicale varie quant à l'administration ou non d'une dose supplémentaire. Par conséquent, il faut adresser ces cas au médecin.
3. Les personnes les plus susceptibles de ne pas avoir été vaccinées sont les femmes nées avant 1920.

Annexe F.

OUTILS DE VÉRIFICATION DES DOSSIERS MÉDICAUX

VÉRIFICATION DES DOSSIERS MÉDICAUX
pour constater LA PRATIQUE COMPLÉMENTAIRE
Registre des cas d'hypertension artérielle essentielle

Base de sondage :

- Trente dossiers pris parmi l'ensemble des dossiers de clients hypertendus connus, l'échantillon étant choisi au hasard parmi cette population de dossiers.

---

1. Les dossiers devront être vérifiés par une équipe de deux consultants de l'extérieur représentant les domaines de la médecine et des soins infirmiers. Les vérifications seront effectuées de façon distincte puis feront l'objet d'une comparaison croisée. Les désaccords dans l'établissement des cotes seront réglés lors d'un échange de vues.

2. Après avoir adéquatement choisi les dossiers selon la méthode d'échantillonnage, les vérificateurs doivent brièvement examiner le dossier et déterminer l'outil de vérification adéquat. Les outils de vérification ont été créés pour correspondre au protocole actuel de pratique complémentaire en hypertension. Étant donné que le protocole définit une variation de responsabilités dans la pratique complémentaire selon la gestion de l'hypertension, les outils de vérification sont conçus de façon similaire. Les formules de vérification pour les patients nouvellement diagnostiqués comme ayant de l'hypertension se subdivisent en cas gérés par pharmacothérapie ou simplement par le mode de vie. On a adopté une présentation similaire pour les patients qui avaient des antécédents d'hypertension avant le schéma chronologique de l'étude. Les outils de vérification sont codés par couleur et identifiés comme suit : cas nouvellement diagnostiqué/mode de vie (jaune), cas nouvellement diagnostiqué/pharmacothérapie (vert), maintient/mode de vie (rose), maintien/pharmacothérapie (bleu). Il se peut qu'un spécimen de dossier choisi ne représente en fait qu'un dépistage de tension artérielle qui a déterminé que le patient n'était pas hypertendu ou ne nécessitait pas de suivi immédiat. Si c'est le cas, choisissez un autre dossier, parce que cette vérification consiste à examiner des cas illustrant le fonctionnement de la pratique complémentaire dans le traitement des patients hypertendus.

3. Les formules de vérification se fondent sur les pratiques définies dans le protocole. Chaque élément de la formule fait l'objet d'un recoupement avec le protocole. S'il faut donner davantage d'éclaircissements sur un élément ou s'il faut l'interpréter par rapport au dossier, vous pouvez vous reporter à la référence du protocole pour cet élément. Un protocole est joint à la présente trousse de vérification.

4. Après avoir effectué la vérification du dossier, l'examinateur est libre de faire, au verso de la formule de vérification, toute remarque qualitative qu'il désire faire sur le dossier. Cela lui permet d'exprimer ses impressions professionnelles et ce qu'il a compris et, par conséquent, d'améliorer ainsi l'évaluation de la preuve de la pratique complémentaire.

Outil de vérification des cas nouvellement diagnostiqués/mode de vie

NUMÉRO DE DOSSIER _____

Soulignez la réponse adéquate aux messages d'incitation suivants :

Donnez une cote adéquate selon les indications (D'-1; ii-2; di-2; Pt-2; Au-2)

							Cote
1.	**Protocole de suivi instauré par :** p. 5 partie 1; p. 2 partie 2	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
2.	**Tests initiaux en laboratoire effectués avant la consultation chez le médecin :** p. 4, p. 2 partie 2	**Oui (2)**		**Non (0)**			
3.	**Aiguillage par :**	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage vers :	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage par :	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage vers :	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage par :	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage vers :	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage par :	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage vers :	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage par :	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage vers :	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	p. 2 parties 1, 2, 3, 4, 5						
4.	**Preuve de counselling en choix de mode de vie :** p. 2 parties 1, 2, 3, 4, 5	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
5.	**Preuve de contrôle de la TA par l'ii conformément au protocole :** 1/sem. pendant 3 sem.; q2 sem. pendant 2 sem.; q1 mois pendant 3 mois; q6 mois indéfiniment.	**Oui (3)**		**Non (0)**			
6.	**A assisté à des classes sur l'hypertension (pris dans les listes de classes; au moins 1 fois/12 mois)** considéré comme un aspect important pour l'enseignement et le soutien utilise un modèle interdisciplinaire	**Oui (2)**		**Non (0)**			
7.	**Conférence de cas documentée** indique une collaboration organisée	**Oui (5)**		**Non (0)**			

Note sommative

Interprétation : Moins de 6 - preuve limitée d'une pratique complémentaire
6 et plus - preuve d'une pratique complémentaire

Formule de vérification élaborée par B. Greene, 1996 ACCEPTÉE le 16 avril 1996

Outil de vérification des cas nouvellement diagnostiqués/pharmacothérapie

NUMÉRO DE DOSSIER _____

Soulignez la réponse adéquate aux messages d'incitation suivants :

Donnez une cote adéquate selon les indications (Dr-1; ii-2; di-2; Pt-2; Au-2)

							Cote
1.	**Protocole de suivi instauré par :** p. 5 partie 1, p. 2 partie 2	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
2.	**Tests initiaux en laboratoire effectués avant la consultation chez le médecin :** p. 4; p. 2 partie 2	**Oui (2)**		**Non (0)**			
3.	**Tests en laboratoire appropriés à 1, 3, 6 et 12 mois effectués avant la consultation chez le médecin :** p. 4; p. 2 partie 2	**Oui (8)**		**Non (0)**			
4.	**Aiguillage par :** **Aiguillage vers :** **Aiguillage par :** **Aiguillage vers :** **Aiguillage par :** **Aiguillage vers :** **Aiguillage par :** **Aiguillage vers :** **Aiguillage par :** **Aiguillage vers :** p. 2 parties 1, 2, 3, 4, 5	**Dr** **Dr** **Dr** **Dr** **Dr** **Dr** **Dr** **Dr** **Dr** **Dr**	**ii** **ii** **ii** **ii** **ii** **ii** **ii** **ii** **ii** **ii**	**di** **di** **di** **di** **di** **di** **di** **di** **di** **di**	**Pt** **Pt** **Pt** **Pt** **Pt** **Pt** **Pt** **Pt** **Pt** **Pt**	**Au** **Au** **Au** **Au** **Au** **Au** **Au** **Au** **Au** **Au**	
5.	**Preuve de counselling en choix de mode de vie :** p. 2 parties 1, 2, 3, 4, 5	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
6.	**Preuve de counseling en matière de médication :** p. 2 partie 2	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
7.	**A assisté à des classes sur l'hypertension (pris dans les listes de classes; au moins 1 fois/12 mois)** considéré comme un aspect important pour l'enseignement et le soutien utilise un modèle interdisciplinaire	**Oui (2)**		**Non (0)**			
8.	**Conférence de cas documentée** indique une collaboration organisée	**Oui (5)**					
							Note sommative

Interprétation : Moins de 6 - preuve limitée d'une pratique complémentaire
6 et plus - preuve d'une pratique complémentaire

Formule de vérification élaborée par B. Greene, 1996 ACCEPTÉE le 16 avril 1996

Outil de vérification des cas de maintien/mode de vie **NUMÉRO DE DOSSIER** _____

Soulignez la réponse adéquate aux messages d'incitation suivants :

Donnez une cote adéquate selon les indications (D'-1; ii-2; di-2; Pt-2; Au-2)

							Cote
1.	**Preuve de contrôles de la TA tous les six mois par :** p. 5 partie 3b	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
2.	**Preuve de contrôle annuel de la TA par le médecin :** p. 2 partie 5; p. 5 partie 3e	**Oui (1)**		**Non (0)**			
3.	**La TA du client est bien stabilisée, aucune autre complication ou symptomatologie nécessitant une intervention** p. 2 partie 2 et 5	**Oui (2)**		**Non (0)**			
4.	**La TA du client n'est pas bien stabilisée et on instaure un suivi adéquat.** p. 2 parties 2 et 5; p. 5	**Oui (2)**		**Non (0)**			
5.	**Preuve de counseling en choix de mode de vie par :** p. 2, p.5 parties 3 et 4	**D'**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
6.	**Aiguillage par :** **Aiguillage vers :** **Aiguillage par :** **Aiguillage vers :** **Aiguillage par :** **Aiguillage vers :** p. 2 parties 1, 2, 3, 4, 5	**D'** **D'** **D'** **D'** **D'** **D'**	**ii** **ii** **ii** **ii** **ii** **ii**	**di** **di** **di** **di** **di** **di**	**Pt** **Pt** **Pt** **Pt** **Pt** **Pt**	**Au** **Au** **Au** **Au** **Au** **Au**	
7.	**A assisté à des classes sur l'hypertension (pris dans les listes de classes; au moins 1 fois/12 mois)** considéré comme un aspect important pour l'enseignement et le soutien utilise un modèle interdisciplinaire	**Oui (2)**		**Non (0)**			
8.	**Conférence de cas documentée** indique une collaboration organisée	**Oui (5)**		**Non (0)**			

Note sommative

Interprétation : Moins de 6 - preuve limitée d'une pratique complémentaire
6 et plus - preuve d'une pratique complémentaire

Formule de vérification élaborée par B. Greene, 1996 ACCEPTÉE le 16 avril 1996

Outil de vérification des cas de maintien/pharmacothérapie **NUMÉRO DE DOSSIER** _____

Soulignez la réponse adéquate aux messages d'incitation suivants :

Donnez une cote adéquate selon les indications (Dr-1; ii-2; di-2; Pt-2; Au-2)

							Cote
1.	**Preuve de contrôle de TA tous les six mois par :** p. 5 partie 3b	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
2.	**Tests annuels en laboratoire effectués avant l'examen de santé annuel chez le médecin :** p. 4 partie e, p. 2 partie 2c	**Oui (2)**			**Non (0)**		
3.	**Preuve du contrôle annuel de la TA chez le médecin :** p. 2 partie 5; p. 5 partie 3e	**Oui (1)**			**Non (0)**		
4.	**Preuve de counselling en choix de mode de vie :** p. 2; p. 5 parties 3 et 4	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
5.	**Aiguillage par :**	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage vers :	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage par :	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage vers :	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage par :	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage vers :	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage par :	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage vers :	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage par :	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	Aiguillage vers :	**Dr**	**ii**	**di**	**Pt**	**Au**	
	p. 2 parties 1, 2, 3, 4, 5						
6.	**A assisté à des classes sur l'hypertension au moins 1 fois/12 mois (pris dans les listes de classes;)** considéré comme un aspect important pour l'enseignement et le soutien utilise un modèle interdisciplinaire	**Oui (2)**			**Non (0)**		
7.	**Conférence de cas documentée** indique une collaboration organisée	**Oui (5)**			**Non (0)**		
						Note sommative	

Interprétation : Moins de 6 - preuve limitée d'une pratique complémentaire
6 et plus - preuve d'une pratique complémentaire

Formule de vérification élaborée par B. Greene, 1996 ACCEPTÉE le 16 avril 1996

VÉRIFICATION DES DOSSIERS MÉDICAUX
pour constater LA PRATIQUE COMPLÉMENTAIRE
Registre des cas de diabète

Base de sondage :

- Sélection au hasard de 30 dossiers pris parmi l'ensemble des clients diabétiques connus, qui sont suivis par l'équipe de pratique complémentaire au centre de santé.

1. Les dossiers devront être vérifiés par une équipe de deux consultants de l'extérieur représentant les domaines de la médecine et des soins infirmiers. Les vérifications seront effectuées de façon distincte puis feront l'objet d'une comparaison croisée. Les désaccords dans l'établissement des cotes seront réglés lors d'un échange de vues.

2. Après avoir adéquatement choisi les dossiers selon la méthode d'échantillonnage, les vérificateurs doivent brièvement examiner le dossier et déterminer l'outil de vérification adéquat. Les outils de vérification ont été créés pour correspondre au protocole actuel de pratique complémentaire en diabète. Étant donné que le protocole définit une variation de responsabilités dans la pratique complémentaire selon la gestion du diabète, les outils de vérification sont conçus de façon similaire. Si on a diagnostiqué le diabète chez un client avant avril 1995, effectuez la vérification à l'aide des protocoles de maintien du diabète insulodépendant ou du diabète non insulodépendant pour l'année passée, de mars 1995 à mars 1996. Si le client a présenté des symptômes de diabète après mars 1995, effectuez la vérification pour diabétiques nouvellement identifiés pour la période de mars 1995 à mars 1996. Les formules de vérification pour les diabètes nouvellement diagnostiqués sont de couleur jaune. La formule de vérification des dossiers des personnes ayant un diabète insulodépendant est de couleur verte. La formule de vérification des dossiers des personnes ayant un diabète non insulodépendant est de couleur rose.

3. Les formules de vérification se fondent sur les pratiques définies dans le protocole. Chaque élément de la formule fait l'objet d'un recoupement avec le protocole. S'il faut donner davantage d'éclaircissements sur un élément ou s'il faut l'interpréter par rapport au dossier, vous pouvez vous reporter à la référence du protocole pour cet élément. Un protocole est joint à la présente trousse de vérification.

4. Après avoir effectué la vérification du dossier, l'examinateur est libre de faire, au verso de la formule de vérification, toute remarque qualitative qu'il désire faire sur le dossier. Cela lui permet d'exprimer ses impressions professionnelles et ce qu'il a compris et, par conséquent, d'améliorer ainsi l'évaluation de la preuve de la pratique complémentaire.

OUTIL DE VÉRIFICATION DES CAS DE MAINTIEN DE DIABÈTE POUR LA CLASSIFICATION DU DIABÈTE INSULODÉPENDANT **NUMÉRO DE DOSSIER** _____

Soulignez la réponse adéquate aux messages d'incitation suivants :
Donnez une cote adéquate selon les indications (Dr-1; ii-2; di-2; Pt-2; Au-2)

			Cote
1.	**Preuve de contrôle q6mois par le médecin pour évaluer le diabète :** p. 2 partie A et C	1re visite : **Oui (1)** **Non (0)** 2e visite : **Oui (1)** **Non (0)**	
2.	**Contrôle périodique du glucose par :** p. 2 partie C	**Dr ii di Pt Au**	
3.	**Tests en laboratoire effectués avant la consultation chez le médecin :** p. 2 partie C	**Oui (2)** **Non (0)**	
4.	**Preuve de mention au dossier du poids, de la TA, de l'acrosyndrome vasculaire (doit avoir l'ensemble des trois) :** p. 2 partie C	**Oui (1)** **Non (0)**	
5.	**Conférence de cas documentée** indique une collaboration organisée	**Oui (5)** **Non (0)**	
6.	**A assisté à des classes sur le diabète au moins une fois entre mars 1995 et mars 1996 (pris dans les listes de classes) :** considéré comme un aspect important pour l'enseignement et le soutien utilise un modèle interdisciplinaire	**Oui (5)** **Non (0)**	
7.	**Aiguillage par :** **Aiguillage vers :** **Aiguillage par :** **Aiguillage vers :** **Aiguillage par :** **Aiguillage vers :** p. 2, p. 3	**Dr ii di Pt Au** **Dr ii di Pt Au** **Dr ii di Pt Au** **Dr ii di Pt Au** **Dr ii di Pt Au** **Dr ii di Pt Au**	
		Note sommative	

Interprétation : Moins de 6 - preuve limitée d'une pratique complémentaire
6 et plus - preuve d'une pratique complémentaire

Formule de vérification élaborée par B. Greene, 1996 ACCEPTÉE le 16 avril 1996

OUTIL DE VÉRIFICATION DES CAS DE DIABÈTE NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUÉS

NUMÉRO DE DOSSIER _____

Soulignez la réponse adéquate aux messages d'incitation suivants :

Donnez une cote adéquate selon les indications (D'-1; ii-2; di-2; Pt-2; Au-2)

			Cote
1.	**Protocole de suivi instauré par :**	**D' ii di Pt Au**	
	p. 1 partie 1; p. 3 partie D		
2.	**Contrôle périodique du glucose effectué par :**	**D' ii di Pt Au**	
	p. 1; p. 3 partie D		
3.	**Test initiaux pertinents en laboratoire effectués avant la consultation chez le médecin :**	**Oui (2) Non (0)**	
	p. 3 partie A		
4.	**Preuve qu'on a effectué l'évaluation de base de la condition physique :**	**Oui (1) Non (0)**	
	p. 3 partie A		
5.	**Aiguillage par :**	**D' ii di Pt Au**	
	Aiguillage vers :	**D' ii di Pt Au**	
	Aiguillage par :	**D' ii di Pt Au**	
	Aiguillage vers :	**D' ii di Pt Au**	
	Aiguillage par :	**D' ii di Pt Au**	
	Aiguillage vers :	**D' ii di Pt Au**	
	p. 2 partie C; p. 3		
6.	**Preuve de mention au dossier du poids, de la TA, de l'acrosyndrome vasculaire (doit avoir l'ensemble des trois) :**	**Oui (1) Non (0)**	
	p. 2, p. 3		
7.	**Conférence de cas documentée**	**Oui (5) Non (0)**	
	indique une collaboration organisée		
8.	**A assisté à des classes sur le diabète au moins une fois entre mars 1995 et mars 1996 (pris dans les listes de classes) :**	**Oui (4) Non (0)**	
	considéré comme un aspect important pour l'enseignement et le soutien		
	utilise un modèle interdisciplinaire		
9.	**Preuve de mise en place d'un suivi du client pour le diabète**	**D' ii di Pt Au**	
		Note sommative	

Interprétation : Moins de 6 - preuve limitée d'une pratique complémentaire

6 et plus - preuve d'une pratique complémentaire

Formule de vérification élaborée par B. Greene, 1996 ACCEPTÉE le 16 avril 1996

Annexe G.

PARTICIPANTS AUX GROUPES DE RÉFLEXION

C'est le temps de notre bilan de santé!!

Comment RÉUSSISSONS-nous??????

Le Centre de santé de McAdam a besoin de vos suggestions et de vos idées sur la façon dont il a répondu à VOS besoins au cours des deux dernières années.

Vous pouvez participer de deux façons différentes :

dans le cadre d'un petit groupe de discussion

ou

par une enquête téléphonique.

Vos réflexions ont de l'importance pour nous. Si vous désirez nous faire part de ce que vous pensez, veuillez téléphoner au Centre de santé au 784-6300 pour vous inscrire ou pour avoir de plus amples renseignements.

Un petit témoignage de reconnaissance sera donné à tous ceux qui nous aident.

Nous attendons de vos nouvelles!

Le 28 février 1996

McAdam (Nouveau-Brunswick)
E0H 1K0

Objet : Évaluation du Centre de santé communautaire de McAdam

Madame,
Monsieur, (comité de consultation communautaire)

Peut-être vous souvenez-vous que, lorsqu'on planifiait la mise sur pied du Centre de santé de McAdam, un comité de consultation communautaire avait été constitué pour aider les planificateurs dans leur tâche. Actuellement, après presque deux années entières de fonctionnement, nous procédons à l'évaluation du centre pour déterminer comment ça marche. Le comité chargé de l'évaluation* est désireux d'entendre les points de vue des résidents sur le degré de réussite de ce projet quant à la satisfaction des besoins de la communauté et, en particulier, nous apprécierions les points de vue des personnes qui ont été mises à contribution dès le début de ce projet. Dans cette optique, j'aimerais vous inviter ou inviter un représentant de votre entreprise ou de votre organisation, à assister à une réunion spéciale de consultation qui aura lieu dans la salle du conseil du centre, le mardi soir 12 mars à 20 h 15. Le Rév. Bill McLeod, directeur du service de pastorale de la Corporation hospitalière de la Région 3, dirigera le débat. Nous nous attendons à ce que la réunion dure environ une heure et demie.

Peut-être pourriez-vous confirmer dès que possible votre présence en répondant au centre de santé (téléphone 784-6300), afin que nous puissions finaliser les préparatifs de cette réunion. En ma qualité de présidente du comité chargé de l'évaluation, je désire vous remercier d'avance de votre concours à ce sondage. Vos opinions et vos commentaires seront importants pour nous aider à évaluer la mesure dans laquelle le centre est parvenu à réaliser ses objectifs.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Carole Dilworth
Conseillère principale de l'évaluation

* Bev Greene
Bill MacLeod
Shannon Sanford
Barb Smith

Le 20 février 1996

McAdam (Nouveau-Brunswick)
E0H 1K0

Objet : Évaluation du projet du Centre de santé communautaire de McAdam

Madame,
Monsieur, (comité d'action interdisciplinaire)

Vous vous souviendrez que lorsqu'on a commencé le projet pilote du Centre de santé communautaire de McAdam, on avait prévu d'effectuer deux évaluations : la première après six mois de fonctionnement et la deuxième au bout de dix-huit mois. La première évaluation a été menée à bien et le rapport a été diffusé en mai 1995. Il est désormais temps d'effectuer la deuxième et dernière phase de l'étude. Dans ce cadre, nous aimerions consulter les personnes importantes de McAdam pour connaître ce qu'elles pensent de la réussite du centre. Le comité interdisciplinaire a été une composante importante du projet et était en place presque depuis le début. Pour cette raison, nous aimerions avoir la possibilité de demander aux membres de ce comité leurs points de vue sur le centre de santé. En sa qualité de membre de l'équipe chargée de l'évaluation, le rév. Bill McLeod, directeur du service de pastorale de la Corporation hospitalière de la Région 3, a convenu d'effectuer une consultation d'une heure avec le comité. Cela lui conviendrait-il de le faire dans la salle du conseil lors de la réunion habituelle du comité, prévue pour le vendredi 1er mars à compter de 9 h?

Pourriez-vous me faire savoir dès que possible si ces dispositions conviendraient.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Carole Dilworth,
Présidente du comité chargé de l'évaluation*

cc. Bev Greene
Bill MacLeod
Shannon Sanford
Barb Smith

Le 20 février 1996

McAdam (Nouveau-Brunswick)
E0H 1K0

Objet : Évaluation du projet du Centre de santé communautaire de McAdam

Madame,
Monsieur, (membre de l'équipe interdisciplinaire)

Vous vous souviendrez que lorsqu'on a commencé le projet pilote du Centre de santé communautaire de McAdam, on avait prévu d'effectuer deux évaluations : la première après six mois de fonctionnement et la deuxième au bout de dix-huit mois. Vous vous souvenez peut-être d'avoir passé une entrevue avec Shannon Sanford l'hiver dernier dans le cadre de la première évaluation et de la diffusion d'un rapport en mai 1995. Il est désormais temps de terminer la deuxième et dernière phase de l'étude. À ce moment-ci, j'aimerais une fois encore vous demander de participer à une entrevue en tête à tête. Comme auparavant, nous vous poserons des questions pour avoir des précisions sur vos opinions et vos commentaires concernant les caractéristiques du centre de santé. Le Rév. Bill McLeod, directeur du service de pastorale de la Corporation hospitalière de la Région 3, a convenu de se charger de ce projet pour nous. Nous aimerions fixer l'entrevue avec lui pour la matinée du 11 mars. Pourriez-vous, dès que possible, contacter la secrétaire de Bill, Carol Rankine, au 452-5135, pour confirmer les dispositions prises. Je vous remercie de votre aide pour ce projet.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Carole Dilworth,
Présidente du comité chargé de l'évaluation

cc. Bev Greene
Bill MacLeod
Shannon Sanford
Barb Smith

Le 28 février 1996

McAdam (Nouveau-Brunswick)
E0H 1K0

Objet : Évaluation du projet du Centre de santé communautaire de McAdam

Madame,
Monsieur, (représentant de l'industrie)

Le mardi soir 12 mars à 20 h 15, une réunion aura lieu dans la salle du conseil du centre pour discuter de la réussite du centre de santé et pour entendre les points de vue des participants de la communauté qui sont invités. Lorsqu'on a planifié la mise en oeuvre du centre, on avait décidé qu'il serait évalué après deux années de fonctionnement, en particulier pour déterminer la mesure dans laquelle il répondait aux besoins des résidents en matière de santé. Nous sommes presque arrivés à ce moment et, au cours d'une série de groupes de discussion qui se tiendront pendant deux semaines en mars, le comité chargé de l'évaluation* espère recueillir l'essentiel de l'opinion de la communauté sur le centre. Le Rév. Bill McLeod, directeur du service de pastorale de la Corporation hospitalière de la Région 3, a convenu de diriger le débat. Nous nous attendons à ce que la réunion dure environ une heure et demie.

Au nom du comité chargé de l'évaluation, j'aimerais vous inviter ou inviter un représentant de votre entreprise ou de votre organisme à assister à cette réunion. Vos points de vue seront importants pour nous aider à évaluer le degré de réussite du centre dans la réalisation de ses objectifs. Peut-être pourriez-vous confirmer votre présence dès que possible en répondant au centre de santé (téléphone 784-6300) afin que nous puissions finaliser les dispositions prises pour la réunion.

En qualité de présidente de cette étude, je désire vous remercier à l'avance de votre aide dans cette entreprise.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Carole Dilworth
Conseillère principale de l'évaluation

* Bev Greene
Bill MacLeod
Shannon Sanford
Barb Smith

Le 23 février 1996

Corporation hospitalière de la Région 3
Case postale 9000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5N5

Objet : Évaluation du projet du Centre de santé communautaire de McAdam

Madame,
Monsieur, (personnel infirmier et commis)

Lorsqu'on a commencé le projet pilote du Centre de santé communautaire de McAdam, on avait prévu d'effectuer deux évaluations : la première après six mois de fonctionnement et la deuxième au bout de dix-huit mois. La première évaluation, consacrée aux processus, a été menée à bien et un rapport a été diffusé en mai 1995. Il est désormais temps d'effectuer la deuxième et dernière phase de l'étude. Dans le cadre de cette phase, les évaluateurs aimeraient avoir la possibilité de solliciter les points de vue et les commentaires des membres du personnel - tant des infirmiers et des infirmières que des commis - qui ont participé à la prestation des services du centre de santé. Nous avons le privilège que le rév. Bill McLeod, directeur du service de pastorale de la Corporation hospitalière de la Région 3, ait convenu d'effectuer cette consultation du personnel, de préférence le lundi 11 mars. Afin de s'adapter aux horaires de travail des membres du personnel, Bill a accepté de faire deux séances : une à 15 h et l'autre le soir à 18 h 30. Nous aimerions que le personnel puisse assister à l'une ou l'autre de ces séances. Les réunions auront lieu dans la salle du conseil du centre et dureront environ une heure.

Je me rends compte qu'en faisant cette demande, nous demandons aux membres du personnel de prolonger leur journée de travail, mais leurs opinions sont très importantes pour nous, car elles nous aideront à comprendre les problèmes concernant le fonctionnement du centre de santé.

Pourriez-vous me faire savoir dès que possible si ces dispositions conviendraient et si vous pourriez fournir à Bill une liste des noms des personnes qui assisteront à la réunion?

Annexe H.

RAPPORT DU CONSULTANT :

CONSULTATIONS DES PERSONNES-RESSOURCES ET DE LA POPULATION

CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM

RAPPORT AU COMITÉ D'ÉVALUATION

RÉDIGÉ PAR

RÉV. W.M. MacLEOD, B.A., M.DIV.

CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM
RAPPORT AU COMITÉ D'ÉVALUATION
GROUPE DE RÉFLEXION COMPOSÉ DE MEMBRES DU COMITÉ INTERDISCIPLINAIRE
Le 1er mars 1996

Onze personnes faisaient partie de ce groupe. Elles représentaient les services externes de McAdam (McAdam Outreach), le Village de McAdam, le Centre de santé, Santé publique, Services aux adultes, l'Hôpital extra-mural, le conseil du foyer de soins et le personnel du village. Le groupe était animé et il s'est exprimé franchement dans l'évaluation des travaux effectués par le Centre au cours des 18 derniers mois.

Le Centre, ainsi que les professionnels et les organismes communautaires qui y travaillent, en sont venus à beaucoup compter sur le comité interdisciplinaire. Lorsque le Centre était à ses débuts, on a jugé bon de rassurer la communauté et d'expliquer qu'elle continuerait à recevoir des soins de santé à temps plein. Les membres du comité ne savaient pas trop ce qui serait exigé de leur part ou de la part du Centre, de telle sorte qu'ils ont mis beaucoup de temps à chercher à orienter leur travail. Le comité suit aussi de très près les programmes rattachés au Centre.

Le groupe faisait fonction de comité de rétroaction pour le Centre et il a beaucoup contribué à l'établissement des programmes de celui-ci. Dans certains cas, le groupe estimait que les programmes étaient en évolution et qu'ils continueraient à évoluer ainsi pendant un certain temps.

Le groupe a mentionné que les communications étaient bonnes entre les dispensateurs de soins dans la communauté et le Centre. On estimait que les dispensateurs de soins connaissent bien les clients et vice versa, et que cette dynamique augmente le niveau de confiance et l'efficacité des programmes. Le groupe favorise un très bon sens de collaboration, ce qui se traduit par une collaboration entre les membres du comité. Les patients sont normalement orientés sans tarder entre les membres du groupe et vers des services communautaires et programmes à l'extérieur de celui-ci. Il semble clair que le groupe remplace le comité de consultation communautaire comme importante ressource du Centre. Toutefois, le démarquage des responsabilités manque de précision entre ces deux groupes.

Le groupe se considère comme un groupe de réaction communautaire. On a l'impression qu'il discute plus librement de questions que par le passé et qu'il hésite beaucoup moins à « critiquer par crainte de perdre des services ». Le groupe estime qu'il est devenu une ressource permanente pour le Centre. Il pense pouvoir aussi aider d'autres communautés qui songeraient à une approche semblable en matière de soins de santé, et aussi qu'il peut contribuer à la formation en mieux-être dans la communauté. De plus, le groupe cherche activement à faire en sorte que les dispensateurs de soins de la communauté participent d'une manière significative à la dispensation de soins de santé aux résidents de la région.

On a demandé au groupe dans quelle mesure il a bien répondu aux besoins de santé de la communauté. Celui-ci a mentionné plusieurs points où les soins faisaient défaut, comme les soins de la vue, les services dentaires, l'orthophonie et les soins aux enfants. Tous les membres du groupe, sauf un, jugeaient que leur contribution au processus était importante. On était très heureux de savoir que McAdam avait été choisi pour un vidéo sur les soins aux membres des familles atteints de démence. Beaucoup d'éloges ont été exprimés au sujet des lits d'observation et des lits de soins palliatifs. On appréciait surtout la flexibilité d'emploi des lits d'observation, ce qui a contribué à améliorer les soins de santé offerts à McAdam. En règle générale, le groupe estime qu'on répond en temps opportun et convenablement aux besoins de santé de la population.

Les membres du groupe pensaient que l'évaluation des besoins faite au début du programme n'a pas été utile. Le programme résulte en bonne partie de l'expérience du Centre et de ses clients. Il y aurait lieu de procéder actuellement à une autre évaluation afin de déterminer l'orientation que le Centre devrait prendre au cours des prochains mois.

De l'avis du groupe, les centres de santé devraient mieux rassembler des données et des informations statistiques au début de leurs opérations. Le comité estime que McAdam pourrait conseiller d'autres communautés qui mettent sur pied des programmes semblables. Chose certaine, le groupe est d'avis que l'établissement du Centre de santé a amélioré les soins de santé à McAdam.

CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM
RAPPORT AU COMITÉ D'ÉVALUATION
GROUPE DE RÉFLEXION COMPOSÉ
DE MEMBRES DU COMITÉ DE CONSULTATION COMMUNAUTAIRE
Le 12 mars 1996

Cinq membres du comité de consultation communautaire font partie du groupe de réflexion. Ils représentent les organismes suivants : Lakeland Industries / Lakeland Resource Centre, l'école élémentaire de McAdam, le Centre de santé communautaire de McAdam, le service d'ambulance de McAdam et le groupe de consultation en santé de McAdam. Il s'agit d'un comité constitué pour assurer une liaison entre la communauté et le ministère de la Santé et des Services communautaires et qui a participé activement à l'établissement du Centre de santé. Son rôle est maintenant assumé dans une certaine mesure par le comité interdisciplinaire, qui se réunit régulièrement et qui regroupe les diverses disciplines de la communauté et du Centre de santé.

Les membres du groupe étaient au courant de certains des programmes et services offerts par le Centre de santé, y compris les soins d'urgence, les séances de dépistage de l'hypertension et du diabète, et certains programmes dispensés dans les écoles, etc. Ils appréciaient beaucoup les façons dont le Centre répond aux besoins de leurs employés et des membres de la communauté. Ils étaient vraiment convaincus que le Centre aidait les gens à se sentir chez eux dans la communauté malgré leurs problèmes de santé. « Le Centre n'est pas tout simplement un endroit à visiter en cas de maladie. Il s'agit d'un lieu central dans la vie communautaire d'un endroit où l'on se sent chez soi », a déclaré un membre du groupe de réflexion.

Le groupe a parlé des points forts du Centre, comme le fait que le personnel et les clients se connaissent, le professionnalisme du personnel et la facilité d'abord du personnel du Centre. Le Centre est un endroit bien disposé à offrir les programmes dont la communauté a besoin et où il est possible d'obtenir des vaccins contre la grippe, par exemple. Il permet à la population de McAdam de gagner beaucoup de temps et augmente son niveau de confort et de confiance en ce qui concerne les soins de santé communautaire.

Le groupe a mentionné qu'il faudrait un meilleur accès à des lits de soins palliatifs dans la localité. Il reconnaît le travail effectué par l'Hôpital extra-mural et d'autres organismes de soins à domicile, mais il pense que le Centre devrait offrir davantage ce type de soins.

Le groupe est conscient de l'évolution du rôle du Centre dans la collectivité. Il a mentionné les programmes multiples du Centre et l'action que celui-ci exerce partout auprès de la population. Le Centre est considéré comme un établissement proactif à McAdam. Il essaie de mettre à contribution un certain nombre d'organismes de l'ensemble de la collectivité (c.-à-d. cuisine communautaire, jardin et comité des

transports). Les attitudes n'ont pas beaucoup changé au sein du groupe. L'un des membres a rappelé au groupe que 80 p. 100 des services offerts actuellement par le Centre existaient dans la communauté avant le lancement du projet. Toutefois, il a aussitôt fait remarquer que le Centre, qui existe depuis 18 mois, a obtenu une plus grande participation communautaire et a élargi la portée des programmes.

Le groupe, tout comme les autres répondants, estime que la communauté reçoit de meilleurs soins de santé. Les lits d'observation sont très appréciés et répondent bien aux besoins de la population. Les services d'urgence font l'objet d'une cote de satisfaction élevée; le lit de soins palliatifs contribue beaucoup aux sentiments de bien-être et de sécurité de la population.

Aucun des répondants n'a mentionné que le Centre avait beaucoup contribué à l'établissement et au maintien de la présence de leur organisme dans la communauté, mais ils ont tous reconnu le besoin d'une telle installation pour une localité où la croissance et la survie de l'économie dépend des industries. Le Centre de santé contribue à attirer des gens dans la localité. Les répondants sont très satisfaits de la facilité avec laquelle on peut y être adressé. Plusieurs répondants ont mentionné que le Centre consent volontiers à les consulter et à préparer des programmes pour leur organisme. Ils parlent d'un niveau de collaboration élevé entre la population et le Centre, ce qui est très apprécié par les chefs communautaires en question.

Les répondants soulignent le besoin de garder le Centre à McAdam. Ils soulignent également qu'ils sont bien disposés comme collectivité à participer aux activités du Centre. Ils ont louangé tout particulièrement l'Hôpital extra-mural pour son service de soutien intégral du Centre. Le comité de consultation communautaire apprécie et reconnaît la collaboration entre les deux groupes en question. Il désire généraliser davantage la collaboration et le soutien au sein de la population.

CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM
RAPPORT AU COMITÉ D'ÉVALUATION
ENTREVUE DE MEMBRES DU PUBLIC
Le 11 mars 1996

L'auteur du présent rapport a interrogé deux personnes de McAdam choisies à cause de leur participation à la vie communautaire. Il s'agit dans les deux cas de gens d'affaires bien connus de la communauté. Les entrevues ont eu lieu dans leur lieu d'affaires respectif et les deux personnes ont consenti très volontiers à y participer. Elles ont chacune exprimé franchement et ouvertement leurs opinions.

Les deux personnes en question ont avoué sans hésitation leurs réserves et leur opposition en ce qui concerne l'établissement du Centre de santé. Elles s'imaginaient que les services seraient diminués, que le niveau de soins serait moins bon et que la population ne serait pas servie aussi bien qu'auparavant. Dans les deux cas, elles en sont venues à appuyer le Centre de santé. Elles ont parlé notamment de l'amélioration des soins offerts aux patients, du meilleur accès au service et du niveau de soins, ainsi que de l'acceptation évidente par la population. L'une de ces personnes avait encore des réserves au sujet de la perte de lits, mais elle était d'avis que le Centre se tirait bien d'affaires avec les ressources disponibles.

Les deux personnes ont louangé plus particulièrement les programmes de surveillance de la tension artérielle, d'enseignement sur le diabète et *Aging Well* (Bien vieillir) pour les personnes du troisième âge. Elles ont fait remarquer certains points où le Centre a connu des difficultés dans ses efforts en vue d'identifier les besoins en programmes de la population et d'y répondre.

Toutefois, elles ont indiqué que les services d'urgence, les lits d'observation et de soins palliatifs, ainsi que la pratique complémentaire sont des aspects positifs du travail effectué par le Centre de santé dans la communauté.

Les personnes interrogées ont mentionné le besoin d'un sens de collaboration plus précis dans l'établissement et même entre celui-ci et la région. Elles ajoutent qu'il faudrait un partenariat continu avec le ministère de la Santé et des Services communautaires pour la promotion du mieux-être de la population locale. Selon l'une de celles-ci, le Centre pourrait jouer un rôle accru auprès d'écoles et d'autres organismes pour ce qui est du mieux-être de la collectivité.

Les deux personnes avaient des commentaires très positifs au sujet de l'Hôpital extra-mural qui, à leurs yeux, fait partie intégrante du système de soins et dispense un excellent service complémentaire à celui du Centre de santé.

Selon les mêmes personnes, il serait possible d'élargir le rôle du Centre de santé dans la localité, notamment en ce qui concerne le mieux-être, l'alcoolisme et l'amélioration des modes de vie.

Elles insistent sur le besoin de maintenir les services d'urgence, les lits d'observation et les programmes d'éducation communautaire de façon à améliorer le mieux-être de la population et ses modes de vie. Elles ont aussi mentionné qu'elles avaient eu tort de craindre au début une réduction du service et en fait que le service avait été amélioré et beaucoup augmenté.

CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM
RAPPORT AU COMITÉ D'ÉVALUATION
ENTREVUES DE MEMBRES DU PERSONNEL
Le 11 mars 1996

L'auteur a interrogé deux responsables de l'administration infirmière du Centre de santé communautaire de McAdam et du foyer de soins Wauklhegan. Ces deux personnes, qui ont été interrogées à leur lieu de travail, ont donné sans difficulté et franchement leur évaluation du Centre de santé et de son rôle dans la communauté.

Les personnes interrogées ont mentionné qu'au début du projet on se posait bien des questions sur le Centre proposé. Les employés étaient d'avis que le ministère avait un plan, mais sans savoir au juste comment le mettre en oeuvre. Il existe actuellement beaucoup moins d'incertitude puisque le Centre en est venu à mieux comprendre son rôle. Les deux personnes interrogées estiment que le Centre fonctionne selon un concept original, malgré l'incertitude concernant son rôle.

Les changements apportés au Centre font notamment que les patients sont examinés par la dispensatrice ou le dispensateur de soins qu'il faut pour les problèmes présentés et que celui-ci et le foyer de soins Wauklhegan fonctionnent maintenant comme une seule entité. À la suite de l'un des changements, on s'est demandé si le Centre se rapportait à la Région de santé 3 ou à *Health Management Services*. La flexibilité d'emploi des lits d'observation du Centre est un changement très bien perçu.

La pratique complémentaire est généralement reconnue comme une mesure positive, étant donné surtout que toutes les infirmières y contribuent. Selon les personnes interrogées, il est important de faire comprendre dès le début que toutes les infirmières participent à la pratique complémentaire. Une telle pratique semble créer très peu de friction entre les membres de l'équipe, ce qui a pour effet secondaire de permettre une contribution plus directe du médecin dans l'équipe de soins. Il s'agit d'une participation à la fois appréciée et recherchée par les personnes interrogées.

Les mêmes personnes ont jugé réalistes en grande partie les attentes de la population. On s'inquiète beaucoup au sujet de la perte de lits dans la localité et on se rend compte que celle-ci apprécie les services offerts par le Centre de santé.

Les communications sont très bonnes au Centre. Toutefois, les deux personnes interrogées soulignent la nécessité et l'importance d'une participation accrue des médecins au sein de l'équipe de santé. On estime que les protocoles infirmiers sont un moyen utile de formaliser certains des arrangements du travail déjà conclus dans l'équipe de soins. Les communications avec l'hôpital régional et les autres parties de la région se sont améliorées.

Les deux personnes interrogées jugent d'une façon très positive les concepts du médecin salarié et du personnel infirmier en affectation exclusive. Un tel arrangement

permet aux membres de l'équipe de coordonner leurs efforts et contribue à l'esprit d'équipe des dispensateurs de soins.

Il importe d'identifier et de préciser les rôles des membres du groupe d'administration infirmière. Lorsque le Centre était à ses débuts, les rôles étaient imprécis et incompatibles sur bien des points, ce qui créait de la confusion. Il importe également de préciser les rapports qui doivent exister entre la région et *Health Management Services*.

Les deux personnes interrogées ont souligné l'importance de ne pas tarder pour choisir la mission du Centre ainsi que les services et programmes que celui-ci offrira à la population. Elles ont laissé entendre qu'il faudrait peut-être une autre évaluation des besoins afin de déterminer les programmes les plus efficaces pour la population.

CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM
RAPPORT AU COMITÉ D'ÉVALUATION
GROUPE DE RÉFLEXION FORMÉ DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
Le 12 mars 1996

Tous les professionnels de la santé du Centre ont pu assister à une séance tenue en après-midi ou en soirée. Sept personnes étaient présentes à la réunion de l'après-midi. La réunion en soirée a été annulée puisqu'une seule personne y était. Les travailleurs de la santé avaient aussi été invités à présenter des mémoires individuels, ce que deux d'entre eux ont fait.

En règle générale, les travailleurs de la santé comprennent l'approche multidisciplinaire adoptée par le Centre pour dispenser des soins de santé à la communauté. Ils sont d'avis que le Centre utilise un style de fonctionnement qui fait appel à plusieurs professions pour la dispensation de soins à la communauté. La principale critique est sur la lenteur avec laquelle le Centre a commencé à fonctionner. Tous les membres du personnel hésitaient au début, à en juger d'après leurs commentaires sur les imprécisions du plan du Centre, sur la personne ou les personnes qui devaient en fin de compte établir le style de travail du Centre et sur le peu de compréhension à propos de la portée de la pratique complémentaire. Au début, il était attendu qu'une seule infirmière participerait à la pratique complémentaire. On s'est penché récemment sur cette question, étant donné qu'une telle pratique est maintenant la norme en ce qui concerne les membres du personnel.

Les travailleurs de la santé avaient tous l'impression que le fonctionnement du Centre avait été modifié au cours de ses 18 mois de fonctionnement. Là encore, plus le niveau de confiance augmentait, plus les programmes devenaient mieux adaptés aux besoins de la communauté, plus on apprenait à mieux utiliser les lits d'observation du Centre, et plus le service avait la flexibilité voulue pour répondre au moment opportun et d'une manière appropriée aux besoins de la communauté. Les travailleurs ont plusieurs fois mentionné le changement d'attitude qui se manifeste chez le personnel du Centre. À leur avis, ce changement est attribuable à une définition plus précise des rôles, à une amélioration des attitudes et à une connaissance plus complète du programme. La création d'un poste de coordonnatrice ou coordonnateur de programme a beaucoup contribué à assurer une bonne planification objective et une bonne mesure des résultats.

Les membres du groupe reconnaissent que les comportements en matière de santé ont changé depuis l'ouverture du Centre de santé. Le programme du Centre offre notamment à la population un meilleur service de dépistage de l'hypertension et d'enseignement sur le diabète. Le groupe est d'avis que le Centre cherche à répondre aux besoins de la communauté et qu'il y réussit assez bien. L'éducation en matière de santé a changé, mais lentement, dans la communauté. Des programmes comme le programme *Aging Well* (Bien vieillir) et le programme d'éducation sur la ménopause créent un impact positif important dans la communauté. Il faudra fournir plus de services d'éducation et de renseignements pour répondre aux attentes de la communauté au sujet du Centre. Les professionnels de la santé mentionnent que la

communauté a modifié ses attentes à mesure qu'elle devenait plus renseignée sur le Centre et ses programmes. On pensait au début que le Centre serait tout simplement un cabinet de médecin. Cette perception s'est transformée au cours des 18 derniers mois, de telle sorte que la communauté a maintenant des attentes plus réalistes envers le Centre. Plus la population devient mieux renseignée sur les services du Centre, plus on a l'impression qu'elle obtient un meilleur accès aux soins.

Le groupe de réflexion estime que les communications entre les professionnels de la santé sont bonnes et s'améliorent. On a surtout mentionné comme fait positif une diminution de l'isolement entre les divers groupes de professionnels. Plus les gens deviennent à l'aise dans l'exercice de leur rôle, plus les communications deviennent ouvertes et plus l'esprit d'équipe continue à grandir. Les communications sont généralement ouvertes et libres, ce qui permet une bonne diffusion de celles-ci et des bons soins aux patients.

La pratique complémentaire joue un rôle positif dans le travail des travailleurs de la santé. Ce concept devient de plus en plus attrayant à mesure que les travailleurs deviennent plus à l'aise dans l'exercice de leurs propres rôles. La décision de recourir à un personnel infirmier en affectation exclusive a beaucoup amélioré la situation, étant donné que cela permet aux patients et aux membres du personnel de finir par très bien se connaître, ce qui augmente le niveau de confiance et améliore la pratique complémentaire. Les membres du groupe ne semblent plus intéressés à protéger leur secteur de pratique, ce qui est un bon signe pour l'avenir de cette méthode de pratique. Les professionnels de la santé apprécient plus particulièrement la présence des médecins au Centre et le travail d'équipe, et ils aimeraient un élargissement de cette collaboration.

En règle générale, les professionnels de la santé mentionnent qu'il aurait été bon de donner une formation au commandement au début du programme. Il reste encore du travail à accomplir pour faciliter le transfert de patients à l'intérieur de la région et ainsi améliorer le service offert à la population de McAdam. Il fut mentionné à plusieurs occasions que la région devrait mieux comprendre le rôle du Centre de santé et le besoin de celui-ci de rester constamment en contact avec l'hôpital régional et ses services.

Le groupe en question est convaincu que le Centre de santé contribue à la santé de la population de McAdam. Il est particulièrement d'avis que les patients reçoivent des meilleurs soins et qu'ils se rendent au Centre avant que leur condition se détériore au point d'exiger une hospitalisation et des traitements prolongés. Les services de santé sont considérés meilleurs qu'avant l'ouverture du Centre. On mentionne notamment comme améliorations l'accès possible à un médecin 24 heures sur 24, les très bonnes possibilités d'évaluer et de stabiliser les patients avant leur transport, ainsi que l'impression que d'autres services seront offerts à la population.

Le groupe a mentionné qu'il appréciait surtout le rôle accru donné au personnel infirmier, le meilleur travail d'équipe entre les professionnels et les programmes visant à répondre aux besoins de la communauté. Tous ses membres s'entendent pour dire que le Centre a été efficace et qu'il a amélioré le service à la communauté.

CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM
RAPPORT AU COMITÉ D'ÉVALUATION
GROUPE DE RÉFLEXION COMPOSÉ DE MEMBRES DU GRAND PUBLIC
Le 12 mars 1996

Le groupe de réflexion se composait d'utilisateurs du Centre de santé qui ont répondu à l'invitation. Les participants ont été choisis au hasard parmi les clients du Centre de santé. Cinq personnes ont participé au groupe de réflexion.

Les membres du groupe étaient au courant du service offert par le Centre et ont pu dresser une liste d'un certain nombre de ces services. Ils ont vanté le Centre en faisant grand état notamment du service de dépistage de l'hypertension, de l'enseignement sur le diabète, ainsi que des programmes communautaires, comme le programme de transport, lancés ou soutenus ou non par le Centre. Les services du Centre jouent un rôle vital dans la communauté de McAdam et ils sont à la fois utilisés et appréciés par le public représenté dans notre groupe de réflexion. La plupart des membres de notre groupe et des membres de leurs familles utilisaient beaucoup les services du Centre, et pourtant ils n'avaient pas l'impression d'être les personnes qui avaient le plus besoin de soins de santé. Ils ont mentionné que nous devrions peut-être nous adresser à des membres vraiment malades de la communauté. Une telle attitude témoigne bien de l'intégration des programmes et services dans la communauté et de leur facilité d'accès.

Selon chaque membre du groupe, les services de santé sont meilleurs qu'avant l'ouverture du Centre de santé. Comme exemples de satisfaction personnelle, les membres ont mentionné qu'ils pouvaient obtenir à McAdam des services pour lesquels il fallait auparavant se rendre à Oromocto, à St. Stephen ou à Fredericton. Ils ont régulièrement souligné que le service répondait à leurs besoins et attentes.

De plus en plus, les gens comprennent et acceptent l'idée d'avoir à s'adresser, au Centre de santé, à la personne la plus appropriée. Les usagers des services de mesure du glucose et de dépistage de l'hypertension offerts par le Centre se sont surtout déclarés très satisfaits de pouvoir s'adresser au membre de l'équipe de soins qui peut le mieux offrir le niveau et le type de service requis. Les membres du groupe appréciaient beaucoup la collaboration qui existe entre les professionnels de soins de McAdam, ainsi qu'entre les établissements où il est possible de s'adresser pour obtenir les soins requis. Aucun obstacle sérieux n'empêche d'obtenir à McAdam les services mentionnés par le groupe.

Les attitudes ont changé au cours des 18 derniers mois, à mesure que la population se rendait compte que le changement de service n'était pas le début d'une perte totale de service dans la communauté. Les membres de la communauté ont beaucoup apprécié la présence des lits d'observation et du lit de soins palliatifs.

Selon les membres du groupe, le Centre a surtout l'avantage d'être accessible et de pouvoir offrir un service approprié aux membres de la communauté. De plus, les programmes qui consistent à sensibiliser la population en matière de santé et à lui apprendre à s'occuper de ses propres problèmes permettent à celle-ci de se sentir plus confiante, plus à l'aise et plus disposés à faire l'essai de son indépendance. Les journaux locaux, la télévision par câble et les contacts personnels ont tous permis au Centre de renseigner plus facilement la population sur ses programmes et services.

Il fut demandé aux membres s'ils avaient un message à communiquer au comité d'évaluation. Ils ont surtout insisté pour que le bon travail soit maintenu. Nous apprécions l'Hôpital extra-mural. Les programmes répondent à nos besoins en temps utile.

Les membres du groupe de réflexion provenant du grand public ont fait preuve de franchise pour exprimer des commentaires positifs sur la présence et les activités du Centre de santé.

CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE McADAM
RAPPORT AU COMITÉ D'ÉVALUATION
ENTREVUE DU MÉDECIN
Le 11 mars 1996

L'entrevue du médecin a eu lieu à McAdam à la fin de la journée. En réponse à une question sur la pratique complémentaire, celui-ci a mentionné que cette pratique fonctionne très bien, en soulignant plus particulièrement la collaboration accrue entre les membres du personnel et le fait que ceux-ci acceptent mieux de partager leur secteur d'activité avec les membres de l'équipe de soins. En particulier, l'un des médecins du Centre s'intéresse beaucoup à la pratique complémentaire. Il raconte que plus cette pratique est étendue, plus augmente le niveau de confiance chez les patients et les membres du personnel.

Le médecin interrogé précise qu'il faudrait créer une impression plus grande dans la région. Il est très frustrant de constater que les collègues ignorent ce qui se passe au Centre, ce qui ne facilite pas des processus comme les renvois et transferts de patients. On pense que le personnel de l'hôpital régional aurait intérêt à mieux se renseigner sur le Centre et à contribuer davantage à sa vie et à ses activités. Il fut mentionné notamment qu'il faudrait amener ici les médecins pour voir ce que nous faisons.

On a fortement l'impression que le service s'est amélioré depuis l'ouverture du Centre de santé. Les soins sont dispensés d'une manière plus appropriée et à des moments plus opportuns. Ce fait est très apprécié par le médecin interrogé.

Les protocoles infirmiers adoptés au Centre contribuent à la dispensation d'excellents soins aux patients. Il faut encourager et appuyer les protocoles en soins infirmiers, même si on a l'impression qu'il faut respecter certaines limites.

Le médecin interrogé est convaincu que les programmes du Centre de santé ont amélioré la santé des membres de la communauté. Il appuie fortement la présence continue du Centre de santé et ses efforts accrus en matière de santé et de mieux-être.

Annexe I.

RAPPORT DU CONSULTANT :

ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE

Sondage téléphonique

Rédigé par :
Betty MacWilliam, i.i., B. Sc. Inf.

Pour le

Comité d'évaluation du

Centre de santé communautaire de McAdam

Le 15 avril 1996

Table des matières

		Page
1.	Introduction	1
2.	Questions posées au grand public	2
3.	Contacts	3
4.	Réponses	3
5.	Observations générales	14

Introduction

Un sondage téléphonique a été fait à la demande du Comité d'évaluation du Centre de santé de McAdam. La méthodologie des entrevues a été suivie pour l'obtention des réponses à un ensemble de questions préparées.

Dix (10) noms ont été soumis et six (6), soit 60 % de ces personnes, ont été contactées. Ces personnes ont accepté de répondre aux questions à des moments choisis qui leur convenait. Pour des fins d'uniformité, les questions préparées ont été posées à chacun des répondants.

Le présent document renferme les réponses ainsi que certaines observations générales.

Évaluation du Centre de santé communautaire de McAdam

Questions posées au grand public

1. Quels sont les services offerts par le Centre de santé communautaire?

2. Est-ce que vous-même et votre famille avez visité le Centre de santé au cours de la dernière année?

3. De quelle façon les services de santé offerts maintenant se comparent-ils aux services offerts auparavant à McAdam?

4. Pour quelle raison êtes-vous venu(e) au Centre (urgence, clinique, éducation)?

5. Quelle expérience cette visite a-t-elle été pour vous?

6. Parlez-nous de votre visite. Quelle évaluation donneriez-vous au service? Le service a-t-il répondu à vos besoins et à vos attentes?

7. a) Qui pensiez-vous allait s'occuper de vous au Centre (médecin, infirmière, diététiste, physiothérapeute, etc.)?

   b) D'après ce que vous savez de la communauté et d'après vos discussions avec des amis et familles, diriez-vous qu'on répond aux besoins?

8. Y a-t-il des obstacles qui limitent votre accès au service?

9. a) Avez-vous changé d'opinion au sujet du Centre depuis son ouverture? Si « oui », qu'est-ce qui a changé vos attitudes (éducation, matériel publicitaire)?

   b) Au moment où les changements se faisaient, la population locale était-elle inquiète?

   c) Est-ce que quelqu'un a été admis au lit d'observation ou lit de 48 heures?

10. a) Quels sont les points forts et les points faibles du CSC?

    b) Y a-t-il des choses qu'il serait bon d'offrir à McAdam.

11. D'après vous, dans quelle mesure êtes-vous responsable de votre santé? Comment le Centre vous encourage-t-il à assumer la responsabilité de votre santé?

12. Quelles observations aimeriez-vous faire au Comité d'évaluation?

Réponses

Question 1 : Quels sont les services offerts par le Centre de santé communautaire?

Répondant(e) N° 1 :
Séances de dépistage de l'hypertension
Séances sur la ménopause
Contrôle du poids — régimes alimentaires

N° 2 :
Services d'extension (Outreach)
Amis du foyer de soins
Clinique de podologie
Programmes pour les femmes de plus de 40 ans
Programmes sur le diabète
Cours prénataux

N° 4 :
Repas du midi
Physiothérapie (2 fois par semaine)
Services médicaux
Présence du foyer de soins
Groupes divers : hypertension, diabète, autres groupes d'information — aucun n'est venu à l'esprit, mais je vois cela à la télévision par câble et dans *Fortrighter!*
J'en fais un très faible usage

N° 5 :
Aides familiales — une aide familiale vient chez moi tous les jours (du lundi au vendredi)

N° 9 :
Programme cardiaque
Soins à domicile
Physiothérapie
Hypertension — on peut se présenter pour faire prendre sa tension artérielle.

N° 10 :
Cabinet du médecin
Service d'urgence
Séances de puériculture
Séances de soins prénataux
Soins des pieds
Services d'extension (Outreach)

Question 2 : Est-ce que vous-même et votre famille avez visité le Centre de santé au cours de la dernière année?

Répondant(e) N° 1 : Oui
N° 2 : Oui
N° 4 : Oui
N° 5 : Oui
N° 9 : Oui
N° 10 : Oui

Question 3 : De quelle façon les services de santé offerts maintenant se comparent-ils aux services offerts auparavant à McAdam?

Répondant(e) N° 1 : Les services de santé semblent meilleurs. Un médecin y est maintenant toujours présent, alors qu'auparavant ce n'était pas le cas.

N° 2 : Je ne sais pas. J'y trouvais toujours le service que j'y recherchais. Lorsque le Dr Lam est absent, le Dr Holmstead y est. Je n'ai jamais pris la peine de poser la question.

N° 4 : Je venais de déménager à McAdam au moment où le changement a été apporté. Service excellent.

N° 5 : Les services me semblent commodes.

N° 9 : Les services sont maintenant plus restreints qu'auparavant. Pour ma part, je ne suis pas aussi libre de poser des questions. Chaque fois que je me rends au Centre de santé, je dois montrer ma carte d'assurance-maladie. Pourquoi? Avec des ordinateurs, ils devraient pouvoir trouver ces informations? Pourquoi les infirmières y sont-elles maintenant tellement plus nombreuses qu'auparavant?

N° 10 : Je serai honnête. Mon médecin ne se rend à McAdam qu'une seule fois par semaine. S'il n'est pas là, je me rends à Harvey. Si le besoin se présente durant la semaine, l'infirmière fait une évaluation. Si le besoin de service se présente durant la fin de semaine et si mon docteur fait partie du service d'appel, je m'adresse à lui. S'il ne fait pas partie de ce service, je m'adresse ailleurs.

Question 4 : Pour quelle raison êtes-vous venu(e) au Centre (urgence, clinique, éducation)?

Répondant(e) N° 1 : Problèmes de cholestérol. En allant voir le docteur, j'ai rencontré l'infirmière et celle-ci m'a expliqué le programme. Je vois plusieurs programmes mentionnés dans *Fortnighter*. J'ai bien aimé le puzzle publié dans *Fortnighter*. Il fallait le remplir puis le remettre à une entreprise locale. J'ai obtenu un bon-cadeau de 10 $.

N° 2 : Urgence.

N° 4 : Séance — bursite. Je vois la physiothérapeute deux fois par semaine et le Dr Holmstead toutes les deux semaines au sujet de la bursite.

N° 5 : Urgence — hypotension! Je suis diabétique et j'ai dû faire changer mon insuline.

N° 9 : Séance — hypertension.

N° 10 : Asthme — deux enfants asthmatiques qui ont besoin de soins médicaux.

Question 5 : Quelle expérience cette visite a-t-elle été pour vous?

Répondant(e) N° 1 : L'infirmière s'est occupée de la première évaluation. L'infirmière fait tout en ce qui concerne l'évaluation. Ensuite, j'ai vu le médecin. On m'a sauvé la vie la fois où j'avais des douleurs thoraciques. Suivi le programme de 8 semaines sur la santé cardiaque.

N° 2 : N'a pas réussi à voir le Dr Lam ni le Dr Holmstead en cas d'urgence. La réceptionniste lui a dit que le médecin était occupé et qu'il devait se rendre à un service d'urgence, de telle sorte qu'elle est restée chez elle et le mal a disparu. (Je fais partie du Conseil du foyer de soins et je faisais partie du conseil de l'hôpital.)

N° 4 : Excellent.

N° 5 : J'ai occupé le lit pour la nuit. Je n'aimais pas l'idée de voir des hommes et femmes ensemble dans la même salle. Le personnel de la clinique de podologie est gentil.

N° 9 : Tout le personnel est excellent, même les employés de cuisine — j'ai obtenu un bon traitement!

N° 10 : L'expérience a été très bonne le plus souvent, selon les personnes qui étaient de service (médecins).

Question 6 : Parlez-nous de votre visite. Quelle évaluation donneriez-vous au service? Le service a-t-il répondu à vos besoins et à vos attentes?

Répondant(e) N° 1 : Excellent.

N° 2 : Le service n'a pas répondu à mes besoins à l'occasion d'une visite, mais il est bon.

N° 4 : Excellent.

N° 5 : Excellent personnel.

N° 9 : Oui, on a répondu à mes besoins. (Fait du bénévolat au foyer de soins.)

N° 10 : Expérience peu agréable.

Question 7(a) : Qui pensiez-vous allait s'occuper de vous au Centre (médecin, infirmière, diététiste, physiothérapeute, etc.)?

Répondant(e) N° 1 : Je pensais d'abord voir le médecin. Celui-ci m'a adressé à la physiothérapeute, qui m'a guéri(e).

N° 2 : Cela m'importe peu, pourvu que quelqu'un soit là pour m'aider. S'il s'agit d'un problème médical, je m'attends à voir le médecin.

N° 4 : Médecin.

N° 5 : Le médecin habituellement.

N° 9 : Médecin.

N° 10 : Infirmière.

Question 7(b) : D'après ce que vous savez de la communauté et d'après vos discussions avec des amis et familles, diriez-vous qu'on répond aux besoins?

Répondant(e) N° 1 : Oui, en règle générale.

N° 2 : Certaines personnes ont des éloges pour le personnel. D'autres ne disent rien. Nous avons un hôpital sans murs et la population loue le personnel. D'autres services sont offerts. Les gens ne disent rien tant qu'il est satisfait à leurs besoins.

N° 4 : Non. Certaines personnes pensent que cela est terrible, c'est-à-dire de perdre la physiothérapeute à la fin du mois et d'avoir ensuite à voyager pour obtenir ce service.

N° 5 : Pense qu'on répond assez bien aux besoins. Son fils est ambulancier. Nous avons un bon service d'ambulance.

N° 9 : Il y a un mois, une amie qui y était a trouvé la salle très froide. (Il s'agit d'une salle de trois lits.)

N° 10 : On répond aux besoins des personnes âgées, mais pas assez de ceux des jeunes.

Question 8 : Y a-t-il des obstacles qui limitent votre accès au service?

Répondant(e) N° 1 : Aucun obstacle.

N° 2 : Aimerait voir un dentiste au Centre. Augmentation du nombre de séances d'information au Centre : 1) sur le vieillissement; 2) sur les changements d'humeur; 3) sur l'alcoolisme, et 4) d'autres programmes d'éducation. La plupart des activités en question ont lieu durant le jour, de telle sorte que des personnes comme elle ne peuvent y assister.

N° 4 : Non, tout se fait par rendez-vous.

N° 5 : Aucun.

N° 9 : Non.

N° 10 : Le service médical dispensé représente un obstacle pour la personne et sa famille.

Question 9(a) : Avez-vous changé d'opinion au sujet du Centre depuis son ouverture? Si « oui », qu'est-ce qui a changé vos attitudes (éducation, matériel publicitaire)?

Répondant(e) N° 1 : Il est « mieux dirigé ». Nous n'avions pas les services en question auparavant et nous avons maintenant appris beaucoup plus de choses.

N° 2 : Oui, la situation a changé. Les programmes disponibles sont plus nombreux.

N° 4 : Non, plus satisfaite qu'on s'y attendait. Crainte de voir la perte de lits. La fermeture n'aurait servi à rien.

N° 5 : N'aimait pas le Centre au début. Estime que c'est bien maintenant, et mieux que n'avoir rien du tout. Les gens sont gentils.

N° 9 : Oui, la situation a changé. Le gouvernement a gaspillé trop d'argent pour réparer l'édifice, c.-à-d. rénover l'entrée du Centre de santé. C'était bien avant les rénovations.

N° 10 : Oui. Un problème en ce qui me concerne est la fois où j'ai dû amener mon bébé à l'hôpital Chalmers pour cinq jours. Nous aurions pu rester plus près de la maison si un lit de bébé avait été placé au Centre.

Question 9 (b) : Au moment où les changements se faisaient, la population locale était-elle inquiète?

Répondant(e) N° 1 : Oui, tout le monde craignait le changement. On craignait que le service ne soit pas aussi bon.

N° 2 : Oui, beaucoup d'inquiétudes. On craignait la perte de l'hôpital. J'aime maintenant le Centre. Les gens restaient à l'hôpital seulement pour occuper des lits. Nous avons maintenant l'Hôpital extra-mural qui s'occupe des gens à domicile. Deux jours au Centre de santé, cela suffit. Si la personne a besoin de soins par la suite, elle devrait de toute façon être transférée. L'idée d'un lit de soins palliatifs et d'un lit de soins de relève est bonne.

N° 4 : Il y avait de la panique, mais la situation s'est calmée maintenant. L'ambulance est merveilleuse.

N° 5 : Beaucoup de gens n'aimaient pas les changements et ne pouvaient pas s'imaginer ce qui se produirait.

N° 9 : Oui, beaucoup d'inquiétudes, surtout de la part des personnes âgées. Les réserves portaient surtout sur les coûts et l'argent dépensé pour des rénovations. Bien des gens avaient donné de l'argent pour l'ameublement de chambres, de telle sorte qu'ils ont eu de la difficulté à accepter le changement. On a beaucoup travaillé afin de ramasser de l'argent pour l'hôpital.

N° 10 : Oui, la population de McAdam s'inquiétait beaucoup parce qu'elle craignait de tout perdre et de ne même pas obtenir un Centre de santé.

Question 9 (c) : Est-ce que quelqu'un a été admis au lit d'observation ou lit de 48 heures?

Répondant(e) N° 1 : Oui, répondant(e) même.

N° 2 : Oui, le beau-père y a reçu des soins palliatifs. C'est un service merveilleux.

N° 4 : Pas personnellement. Un(e) ami(e) l'a utilisé pour des soins de relève. Il s'agit d'un merveilleux service.

N° 5 : Oui, répondant(e) même.

N° 9 : Pas personnellement. Un(e) ami(e) a passé une nuit. La salle était froide.

N° 10 : Oui, époux.

Question 10 (a) : Quels sont les points forts et les points faibles du CSC?

Répondant(e) N° 1 : Le service est meilleur. Il n'existe actuellement aucune faiblesse, sauf que les repas pourraient être meilleurs.

N° 2 : Service excellent. Le personnel infirmier est compétent.

N° 4 : Le personnel, qui est très plaisant, constitue un point fort.

N° 5 : Bon personnel. Faiblesse : hommes et femmes dans la même salle d'observation.

N° 9 : Excellent personnel. (Mention spéciale : Shirley Myrna et les conducteurs d'ambulance.)

N° 10 : Point fort : ouverture 24 heures sur 24. Faiblesse : couverture médicale.

Question 10 (b) : Y a-t-il des choses qu'il serait bon d'offrir à McAdam?

Répondant(e) N° 1 : Il n'existe aucun spécialiste sur les lieux. Il faut parcourir de longues distances pour voir un spécialiste. Il serait bon d'avoir un appareil de radiographie à McAdam. Harvey en a un.

N° 2 : Il serait bon d'avoir un dentiste à McAdam.

N° 4 : Deux médecins de service tout le temps.

N° 5 : Aucun point ne lui vient à l'esprit.

N° 9 : Il est bon d'avoir le foyer de soins. N'aimerait pas être privé de ce foyer ou du CSC.

N° 10 : Les programmes sont bons. Il faut que la population en profite.

Question 11 : D'après vous, dans quelle mesure êtes-vous responsable de votre santé? Comment le Centre vous encourage-t-il à assumer la responsabilité de votre santé?

Répondant(e) N° 1 : Je dois m'occuper de moi-même et je le fais « très bien ». Le personnel du Centre de santé est très accessible. Shirley Moffit est très précieuse.

N° 2 : Oui, il faut se réveiller et profiter des bonnes choses de la vie. Nous devons nous occuper de nous-mêmes. Exemple : le régime alimentaire est très important. Il faut un régime pauvre en graisses et faible en cholestérol et il faut consommer moins de sel. Le Centre est un endroit à visiter en cas de besoin. Tous les programmes sont publiés dans *Fortnighter*.

N° 4 : Confiance en la médecine préventive et croit qu'il faut bien prendre soin de soi-même. Se tenir au courant. Bon régime alimentaire, repos, exercices. Pour être responsable de sa santé, il faudrait être conscient de soi-même et prendre des bonnes habitudes de sommeil. Participe au programme « *Aging Well* » (Bien vieillir) du CSC. Il existe aussi au Centre de santé des brochures et de l'information affichée. Les avis des réunions sont affichés aux murs, ainsi que les cours de cuisine donnés par le Dr Lam.

N° 5 : Oui, nous devons assumer la responsabilité de notre propre santé. Il faut bien vivre durant toute sa vie et je sais beaucoup de choses au sujet de ma santé. En participant au cours sur le diabète au Centre.

N° 9 : Il faut surveiller son alimentation. Il ne faut pas prendre trop de pilules. Surveiller votre poids. La télévision par câble nous renseigne sur les activités du Centre, comme les programmes concernant le coeur, l'arthrite, le diabète et les médicaments. Le Centre donne aussi des ateliers pour lesquels il faut payer 5 $ ou 10 $. Certaines personnes n'ont pas les moyens de payer. Ces ateliers devraient être gratuits.

N° 10 : Il faut surveiller son alimentation. Il faut des exercices réguliers. Le Centre de santé publie des articles dans *Fortnigher*. Chaque publication renferme des articles sur des points différents. On encourage aussi l'envoi de lettres anonymes.

Question 12 : Quelles observations aimeriez-vous faire au Comité d'évaluation?

Répondant(e) N° 1 : Je pense qu'on fait un assez bon travail. Le service est meilleur.

N° 2 : Positif. Je ne saurais dire tout le bien que j'en pense. Semble fonctionner très bien. Les soins sont là si vous en avez besoin. Besoin d'une ou d'un physiothérapeute. Celle que nous avons maintenant quitte le Centre et nous ne voulons pas avoir à voyager à Fredericton.

N° 4 : Beaucoup de satisfaction au sujet des services. Nous n'avons pas besoin de services autres que ceux que nous avons actuellement, étant donné toutes les restrictions imposées à chacun de nous de nos jours. N'a entendu aucune plainte de qui que ce soit.

N° 5 : Le Centre fait un bon travail et j'essaie de prendre bien soin de moi.

N° 9 : Il est bon de voir qu'on prend le temps de demander aux gens leur opinion. J'espère que les changements nécessaires pourront être apportés.

N° 10 : Pas de satisfaction au sujet de la couverture médicale. Les gens qui attendent pour voir un médecin particulier doivent attendre longtemps parce que celui-ci est tellement occupé.

Observations générales :

1. La plupart des personnes interrogées semblent généralement satisfaites des services de santé offerts à McAdam.

2. La plupart des répondants mentionnent le personnel excellent.

3. Selon les gens, la qualité des soins dépend directement de la qualité du personnel plutôt que des changements dans la prestation des soins.

4. La plupart des gens s'attendent encore de voir le médecin lorsqu'ils se présentent au Centre de santé communautaire.

5. Le principal changement perçu est la perte de lits, mais la crainte créée par cette perte a disparu et les gens constatent que le service a été maintenu.

6. Les gens aiment l'idée de lits d'observation pour les soins palliatifs et les soins de relève.

Annexe J.

CONSULTATION AUPRÈS DES AUTRES DISPENSATEURS DE SERVICES DE SANTÉ

Relations entre le Centre de santé communautaire de McAdam, le Programme extra-mural du N.-B. et Santé publique

Rédigé par :
Betty MacWilliam, i.i., B. Sc. Inf.

Pour le

Comité d'évaluation du

Centre de santé communautaire de McAdam

Le 10 juillet 1996

Les pages suivantes sont le résultat des entrevues menées sur les relations entre le Centre de santé communautaire, Santé publique et le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick.

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (PEM)

La coordonnatrice clinique responsable de l'unité de McAdam du PEM a participé à une entrevue sur le niveau de communications entre le PEM et le Centre de santé communautaire de McAdam.

Comité interdisciplinaire

Une des infirmières locales est membre du comité interdisciplinaire de McAdam. Elle assiste régulièrement aux réunions, et elle s'y sent à l'aise. La participation de l'infirmière du PEM, qui existe depuis dès le début, est considérée comme une mesure positive.

Rôle dans la communauté

Le personnel du PEM qui travaille à McAdam dispense des soins de santé aux gens de McAdam dans leur propre domicile. Les patients sont adressés par le médecin traitant. Après avoir évalué les besoins des patients, l'infirmière adresse ceux-ci à d'autres professionnels de la santé du Programme extra-mural (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, inhalothérapeute, travailleur social) ou au Centre de santé.

L'infirmière assure aussi la liaison avec le Centre de santé. À ce titre, elle s'y rend tous les jours pour rencontrer les membres du personnel et discuter avec eux des cas qui devront être traités à domicile par des membres du personnel du PEM.

Communication

Il est souligné que les communications entre le personnel du PEM et le Centre de santé de McAdam sont bonnes.

Obstacles

Le seul obstacle, s'il en est, est le fait que le PEM fait fonction d'hôpital, de telle sorte que c'est un médecin qui doit y admettre les patients et leur donner leur congé. Par conséquent, aucun patient ne peut passer directement du Centre de santé au PEM sauf par l'entremise d'un médecin.

Un autre obstacle mentionné est l'absence de programmes de formation qui permettraient de définir et d'expliquer les nouveaux rôles de tous les professionnels de la santé oeuvrant dans le nouvel environnement en question.

Présence physique

Au Centre de santé, un endroit est réservé pour le personnel du PEM. Ces derniers y ont accès à un téléphone, peuvent y consigner par écrit leurs interventions, etc. Ils ont aussi de la place pour se réunir avec d'autres membres du personnel et les membres des familles. (D'autres professionnels se rendent à McAdam à partir de Fredericton lorsque leurs services sont requis.)

Santé publique

La deuxième entrevue était avec l'infirmière-hygiéniste affectée à McAdam.

Comité interdisciplinaire

L'infirmière-hygiéniste qui travaille à McAdam est membre du comité interdisciplinaire. Elle fait partie de ce comité depuis le début du projet et sa participation est considérée comme une initiative positive.

Rôle dans la communauté

L'infirmière de Santé publique dispense des services de santé à la population en tenant des cliniques, en évaluant des clients et en dispensant des services de Santé publique dans les écoles. Elle adresse les clients aux professionnels compétents dans la communauté ou ailleurs selon les besoins. Les clients sont aussi adressés au Centre de santé en cas de besoin.

Communication

Le personnel du Centre de santé est très obligeant et il existe beaucoup de collaboration entre les deux groupes de personnel. On estime toutefois que les communications pourraient parfois être améliorées. À titre d'exemple, on ne sait pas toujours qui dispense tel ou tel service.

Présence physique

Le personnel du Centre de santé tient régulièrement des cliniques à des dates indiquées dans une salle ou un local du centre.

Obstacles

Il existe des signes de double emploi des services dans la localité, comme en ce qui concerne les classes de soins prénataux. On ne sait pas au juste qui a la responsabilité de ces services. Il faudrait, semble-t-il, des communications plus efficaces pour apporter des précisions sur cet aspect du programme.

Il faudrait mieux comprendre les rôles afin que l'on sache ce que chacun fait et où et quand il le fait. Il a été mentionné qu'il serait peut-être bon de discuter de ces points au comité interdisciplinaire.

Il a été mentionné que les adolescents n'utilisent pas certains services dans la localité, notamment parce qu'ils ne désirent pas se rendre au Centre de santé pour diverses raisons (des raisons de confidentialité, par exemple).

Il a aussi été mentionné que la communauté a aussi besoin de services d'orthophonie et de services dentaires.

Tous les membres du personnel font preuve de beaucoup de respect les uns envers les autres, signe qu'ils sont bien disposés à collaborer pour poursuivre le bon travail qui se fait à McAdam.

Annexe K.

LETTRES D'APPUI

Westroc Industries Limited
Quality Way
P.O. Box 390
McAdam, NB
E0H 1K0
Tel506 784-2215
Fax506 784-3204
Sales Dexk1-800-273-2533

Le 26 janvier 1996

Centre de santé de McAdam
McAdam (Nouveau-Brunswick)
E0H 1K0

Monsieur,
Madame,

Malheureusement, au cours des deux dernières années, nous avons eu plusieurs accidents à notre établissement qui ont nécessité un traitement médical d'urgence. Certains de ces accidents étaient mineurs et ont été rapidement traités au centre de santé, tandis qu'au moins un autre a nécessité de la stabilisation au centre de santé avant un transfert à l'Hôpital Dr Everett Chalmer à Fredericton pour une chirurgie. Bénéficier d'un traitement médical d'urgence en l'espace de quelques minutes a été inestimable pour Westroc en tant qu'employeur ainsi que pour tout notre personnel.

Des accidents se produiront encore et, lorsque c'est le cas, avoir des soins d'experts à proximité immédiate peut faire la différence entre la vie et la mort pour les personnes concernées. En raison de notre forte détermination à offrir un lieu de travail sécuritaire à nos employés, nous avions pris en considération ce facteur avant de prendre la décision de faire l'acquisition de cette usine il y a plusieurs années.

Nous vous remercions du service que vous offrez à notre établissement et nous vous présentons tous nos voeux de succès pour mener à bien votre projet pilote qui devrait servir d'exemple sur la façon d'offrir des soins de santé complets dans les petites collectivités.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

J.David McInnis
Vice-président,
Comité mixte d'hygiène et de sécurité

Roger Gardner
Vice-président,
Comité mixte d'hygiène et de sécurité